

**VYSOKÁ ŠKOLA BÁŇSKÁ – TECHNICKÁ UNIVERZITA OSTRAVA  
EKONOMICKÁ FAKULTA**

**KATEDRA VEŘEJNÉ EKONOMIKY**

**Nemocnice zřízená Moravskoslezským krajem**

**Hospital Established by the Moravian-Silesian Region**

**Student: Petra Holaňová**

**Vedoucí bakalářské práce: Ing. Blanka Mlčáková, Ph.D.**

**Ostrava 2013**

VŠB - Technická univerzita Ostrava  
Ekonomická fakulta  
Katedra veřejné ekonomiky

## Zadání bakalářské práce

Student: **Petra Holaňová**  
Studijní program: B6202 Hospodářská politika a správa  
Studijní obor: 6202R055 Veřejná ekonomika a správa  
Specializace: 02 Veřejná ekonomika a správa  
Téma: Nemocnice zřízená Moravskoslezským krajem  
Hospital Established by the Moravian-Silesian Region

Zásady pro vypracování:

1. Úvod
  2. Vývoj v sektoru nemocničních služeb
  3. Uspořádání a financování nemocniční péče a organizace poskytující nemocniční péči v Moravskoslezském kraji
  4. Analýza a zhodnocení hospodaření nemocnice zřízené Moravskoslezským krajem
  5. Závěr
- Seznam použité literatury  
Seznam zkratk  
Prohlášení o využití výsledků bakalářské práce  
Seznam příloh  
Přílohy

Seznam doporučené odborné literatury:

DOLANSKÝ, Hynek. *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*. 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2008. 132 s. ISBN 978-80-7248-482-9.  
DOLANSKÝ, Hynek. *Veřejné zdravotnictví*. 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2008. 222 s. ISBN 978-80-7248-494-2.  
DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, Nakladatelství Oeconomica, 2005. 228 s. ISBN 80-245-0998-9.

Formální náležitosti a rozsah bakalářské práce stanoví pokyny pro vypracování zveřejněné na webových stránkách fakulty.

Vedoucí bakalářské práce: **Ing. Blanka Mlčáková, Ph.D.**

Datum zadání: 23.11.2012

Datum odevzdání: 10.05.2013

doc. Ing. Petr Tománek, CSc.  
vedoucí katedry



prof. Dr. Ing. Dana Dluhošová  
děkanka fakulty

**Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Ostravě dne 20. 4. 2013

.....*Holáňová J.*.....  
Podpis

### **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí této bakalářské práce Ing. Blance Mlčákové, Ph.D. za její cenné připomínky, kterými přispěla k vypracování mé bakalářské práce.

## OBSAH:

1	ÚVOD .....	4
2	VÝVOJ V SEKTORU NEMOCNIČNÍCH SLUŽEB .....	6
2.1.	<i>Faktory působící na vývoj nemocničních služeb .....</i>	7
2.2.	<i>Trendy ve vývoji nemocničních služeb .....</i>	7
2.3.	<i>Zdravotnictví z pohledu legislativy .....</i>	8
2.4.	<i>Definice zdravotních potřeb obyvatel a zdravotní politika v ČR .....</i>	9
2.5.	<i>Péče o zdraví a jeho hodnoty na úrovni jednotlivce a společnosti .....</i>	11
2.6.	<i>Soustava a uspořádání subjektů poskytujících zdravotní péči .....</i>	13
2.7.	<i>Nemocnice – jejich role a funkce v sektoru zdravotnictví .....</i>	17
2.8.	<i>Modely financování zdravotní péče, aplikace v prostředí České republiky .....</i>	19
3	USPOŘÁDÁNÍ A FINANCOVÁNÍ NEMOCNIČNÍ PÉČE A ORGANIZACE POSKYTUJÍCÍ NEMOCNIČNÍ PÉČI V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI... 25	
3.1.	<i>Moravskoslezský kraj a jeho charakteristické rysy .....</i>	25
3.2.	<i>Pokrytí území Moravskoslezského kraje subjekty poskytující nemocniční péči</i>	26
3.3.	<i>Vyhodnocení zdravotního stavu obyvatel Moravskoslezského kraje a jeho specifika .....</i>	30
3.4.	<i>Struktura příspěvků pro činnost nemocnic zřízených krajem .....</i>	33
4	ANALÝZA A ZHODNOCENÍ HOSPODAŘENÍ NEMOCNICE ZŘÍZENÉ MORAVSKOSLEZSKÝM KRAJEM .....	36
4.1.	<i>Charakteristika Nemocnice ve Frýdku – Místku, p. o. ....</i>	36
4.2.	<i>Hospodaření nemocnice ve Frýdku – Místku .....</i>	38
4.2.1.	<i>Výsledky hospodaření nemocnice v období 2008-2011 .....</i>	39
4.2.2.	<i>Rozbor nákladů a výnosů nemocnice .....</i>	42
4.2.3.	<i>Mzdové náklady Nemocnice Frýdek - Místek .....</i>	44
4.2.4.	<i>Příjmy z dotací Nemocnice Frýdek - Místek .....</i>	46
4.2.5.	<i>Příjmy od zdravotních pojišťoven Nemocnice Frýdek - Místek .....</i>	51
5	ZÁVĚR .....	53
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ .....	55
	SEZNAM ZKRATEK .....	58
	SEZNAM TABULEK .....	59
	SEZNAM GRAFŮ .....	60
	PROHLÁŠENÍ O VYUŽITÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE .....	<b>Chyba! Záložka není definována.</b>

SEZNAM PŘÍLOH .....	62
---------------------	----

# 1 ÚVOD

Bakalářská práce se zaměřuje na důležité aspekty a charakteristiky sektoru nemocničních služeb, včetně analýzy jednoho ze subjektů poskytujících nemocniční lůžkovou péči na území Moravskoslezského kraje. Oproti minulému centrálnímu systému řízení přináší současný systém kladoucí důraz na regionální odpovědnost větší míru jistot a důvěry u obyvatel. Tyto jistoty jsou důležité také proto, že resort zdravotnictví využívá podstatnou část omezených finančních zdrojů z veřejných rozpočtů a je také tvůrcem jednoho z nejvyššího počtu pracovních míst.

Teoretickým východiskům v sektoru nemocničních služeb, a to nejen v podmínkách ČR, ale i v mezinárodním srovnání je věnována druhá kapitola. Pozornost je také zaměřena na formulaci faktorů, které vývoj v sektoru zdravotní péče ovlivňují, ať již se jedná o faktory na straně pacientů či poskytovatelů zdravotnických služeb a trendům, které mohou dominantním způsobem ovlivňovat vývoj služeb, jež jsou poskytovány v rámci zdravotní péče. Celá problematika je doplněna výčtem základních relevantních legislativních norem.

Třetí kapitola je věnována teoretické části práce popisuje nejdůležitějších zásady pro organizaci a zajištění finančních zdrojů pro nemocniční péči. Součástí kapitoly jsou definice zdraví jako významné veličiny pro ekonomický rozvoj společnosti a zdravotní politiky, jejímž primárním úkolem je zachování a vylepšení zdravotního stavu obyvatel státu nad momentální úroveň, a to při zachování přiměřené alokace zdrojů financování. Je provedena také základní charakteristika regionu Moravskoslezského kraje i s jeho dopady, ať už negativními či pozitivními, na zdravotní stav obyvatel kraje, včetně charakteristiky soustavy nemocničních zařízení poskytujících zdravotní péči na území Moravskoslezského kraje, tzn. popisu sítě nemocničních zařízení, zmíněny budou činnosti v oblasti investičních a neinvestičních akcí u vybraných zdravotnických zařízení.

S ohledem na skutečnost, že v posledních letech neustále stoupají finanční nároky kladené na systém zdravotního pojištění, je nutné nalézt určitý konsenzus mezi potřebami obyvatel kraje a finančními možnostmi jednotlivých zdravotnických zařízení. Ve čtvrté kapitole provedena analýza hospodaření Nemocnice ve Frýdku-Místku, příspěvková

organizace, jejímž zřizovatelem je Moravskoslezský kraj, a to v období let 2008-2011 včetně.

Pro zpracování práce bylo využito odborné literatury, statistických dat, odborných internetových zdrojů a v neposlední řadě ekonomických informací poskytnutých vybranou nemocnicí. Při zpracování práce bylo použito analýz vybraných ukazatelů a komparace účetních dat, zejména z oblasti příjmů a nákladů nemocnice.

Hlavním cílem této práce je analýza nákladů a výnosů s určením jejich rozhodující složky na příkladu Nemocnice ve Frýdku – Místku, která tvoří jeden z mnoha subjektů poskytujících zdravotní péči v regionu.

**Pro svou práci jsem si stanovila následující hypotézy:**

- 1) Mzdové náklady představují více než 50 % nákladů Nemocnice ve Frýdku-Místku, příspěvková organizace.
- 2) Příjmy od zdravotních pojišťoven v Nemocnici ve Frýdku-Místku, příspěvková organizace, ve sledovaném období vždy vykázaly meziročně rostoucí trend.



## 2 VÝVOJ V SEKTORU NEMOCNIČNÍCH SLUŽEB

Na vývoj služeb nemocniční péče působí mnoho faktorů. K nejčastějším změnám dochází v oblasti demografického vývoje (zde můžeme zařadit např. stárnutí populace, změny migrace, změny porodnosti apod.), především z důvodů stárnutí populace a prodlužování tzv. zdravého období života, což mění strukturu hospitalizovaných pacientů, ale také v oblasti rizikových faktorů působících na zdraví. Nezanedbatelné jsou ekonomické tlaky, pomocí kterých jsou realizovány změny směřující ke zvyšování kvality a ekonomické efektivity. V posledních letech je možno sledovat značný rozvoj technologií v oblasti léčebných a diagnostických technik výrazně ovlivňující vývoj v tomto sektoru.

V zemích EU v minulosti došlo k zintenzivnění využívání služeb nemocniční péče, ať už v důsledku navyšujících se příjmů pacientů nebo ve zkracující se délce pobytu v nemocničních zařízeních. Největší změny můžeme spatřovat především v posledním desetiletí minulého století, a to převážně u států střední a východní Evropy (tj. u států tzv. „Východního bloku“), které po roce 1989 začaly ve vývojových trendech kopírovat země EU. Současně v této době, se v dnes již bývalém SSSR objevuje krize zdravotnického systému. Tlaky na zvyšování objemu finančních prostředků vkládaných do zdravotnických systémů ekonomicky vyspělých zemí v posledních desetiletích, nutí jednotlivé státy k řešení těchto vývojových problémů. Například Velká Británie se pokusila navýšit efektivitu prostřednictvím koncentrace nemocnic do trustů, kde bylo vycházeno z předpokladu, že větší společnosti budou snižovat své náklady a zlepšovat služby pacientům. Tento předpoklad však nebyl prozatím potvrzen. Hlavním cílem tržních tlaků jsou v současnosti nemocnice v USA, kde dochází k extrémním nárůstům výdajů na zdravotnictví, tyto tlaky způsobují růst autonomie nemocnic a díky tomu také dochází k nárůstu podnikatelských zájmů v nemocničním sektoru, a to až do formy investorských řetězců. Tyto se však podle dostupných informací vysoce podílí na extrémní nákladnosti a neefektivnosti celého zdravotnického systému v USA [1].

Jak je z výše uvedených informací patrné, na vývoj nemocničních služeb, a to nejen v podmínkách České republiky, působí různé faktory a vývojové trendy, kterým tento vývoj podléhá. V neposlední řadě je velice podstatným zdrojem vývoje také vývoj legislativy, jež se této oblasti týká.

## ***2.1. Faktory působící na vývoj nemocničních služeb***

Faktory, které působí na vývoj a změny v oblasti nemocničních služeb můžeme rozdělit do 3 základních skupin – faktory, které jsou na straně pacienta, faktory na straně poskytovatelů služeb a faktory celospolečenské.

### **➤ Faktory na straně pacientů**

- **demografické změny** - stárnutí populace, pokles porodnosti, změny migrace, prodlužování délky života pacientů díky vývoji v lékařství,
- **změny rizikových faktorů** – navyšování škodlivých látek v ovzduší, nárůst v užívání návykových látek – např. kouření, drogy, alkohol, které mají vztah k vzniku nádorových a dalších onemocnění, změny ve výživě, změny v pohybových aktivitách,
- **změny ve skladbách nemocí** – nárůsty v oblasti kardiovaskulárních nemocí, nemocí plic díky např. zhoršujícímu se stavu ovzduší, rezistence bakterií vůči antibiotikům,

### **➤ Faktory na straně poskytovatelů služeb** - zde se jedná především o modernizaci a vývoj technologií, které se využívají v oblasti léčebných a diagnostických postupů, zvyšování kvalifikace zdravotnického personálu,

### **➤ Faktory celospolečenské** - tyto faktory můžeme chápat jako snahy o finanční tlaky, mezinárodní spolupráci a globalizaci zdravotnických služeb a vzdělávání [1].

## ***2.2. Trendy ve vývoji nemocničních služeb***

Trendy, jež mohou mít dominantní postavení ve vývoji v oblasti nemocničních služeb, můžeme shrnout do zhruba čtyř základních bodů.

Jedná se o trendy v:

- **snižování počtu lůžek** – v posledních dvou desetiletích minulého století můžeme tento trend sledovat ve státech Evropy. Při srovnání se státy střední a východní Evropy měly státy EU v té době o zhruba 20 % méně lůžek. Avšak i u těchto států střední a východní Evropy můžeme od této doby sledovat postupné snižování počtu lůžek ve svých nemocničních zařízeních,
- **snižování počtu nemocničních zařízení** – téměř všechny země vykazují menší či větší pokles počtu nemocnic, výjimkou jsou pobaltské státy, které vykazují výrazně větší počet nemocnic než státy EU,
- **zkracování délky pobytu v nemocnicích** – průměrná délka pobytu v nemocnicích, je v zemích EU nejnižší. Pohybuje se okolo devíti dní, a naopak v pobaltských státech délka pobytu v nemocnicích narůstá,
- **navyšování počtu přijímaných pacientů** – navzdory klesajícím počtům lůžek naopak roste počet přijatých pacientů v zemích EU [1].

### ***2.3. Zdravotnictví z pohledu legislativy***

Zdravotnictví je představováno komplexem činností, jež slouží k uspokojování zdravotnických potřeb obyvatel. Můžeme zde zahrnout instituce a společnosti, zařízení sloužící k poskytování péče a samozřejmě také personál těchto zařízení.

Každý občan má na základě svých lidských práv a svobod nárok na zdravotní péči, jejíž uplatnění se řídí především Úmluvou o ochraně lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny<sup>1</sup>. Mezi další právní normy, kterými se řídí oblast zdravotnictví, patří také Listina základních práv a svobod ČR, ve které je tato oblast upravena v článku 31. Na základě tohoto článku má každý občan právo na ochranu zdraví, a také mají občané právo na bezplatnou zdravotní péči a zdravotní pomůcky v rámci veřejného zdravotního pojištění, a to za podmínek, které stanoví zákon a další platné předpisy. Na tuto výše citovanou ústavní normu navazuje velice široká zákonná úprava. Úmluva o ochraně lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, včetně dalších Českou republikou ratifikovaných úmluv, týkající se této oblasti, má v právním systému ČR přednost před ostatními právními normami tzn., že Úmluva umožní,

---

<sup>1</sup> Úmluva o ochraně lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny byla přijata 4. dubna 1997 v Ovíedu. ČR byla podepsána ve Štrasburku 24. června 1998, s platností od 1. října 2001.

aby se občané mohli dovolávat svých práv přímo na základě ustanovení tohoto dokumentu. To se týká především práv občanů na ochranu integrity, soukromí a práva na informace o svém zdravotním stavu obsažené ve zdravotnické dokumentaci [26].

I přes poměrně širokou škálu zákonných úprav však není v současném období legislativní prostředí v oblasti zdravotnictví zcela vyhovující. V budoucnosti bude třeba přijímat a novelizovat poměrně širokou řadu právních předpisů vztahujících se k této oblasti, tak aby bylo zajištěno efektivní využívání všech prostředků ve zdravotnictví, maximálně garantována dostupnost a kvalita zdravotní péče pro pacienty a způsoby úhrad za poskytovanou zdravotní péči [12].

Fakt, že během 20. a začátkem 21. století dochází k značnému navýšení úhrad za stanovení diagnózy, léčbu a následnou péči o nemocné, významně ovlivňuje rozvoj nemocniční péče. Již od 2. poloviny 20. století dochází u velkých skupin obyvatel ve společnosti k nedostatku finančních prostředků pro úhradu zdravotní péče, a to z mnoha příčin – např. z důvodu stáří, invalidity, chronických onemocnění, nezaměstnanosti apod. Tento stav si tak vynucuje zásahy a účast ze strany státu a de facto počínající vznik zdravotnické politiky státu. Díky této skutečnosti se tak začíná vyvíjet tzv. sociální lékařství [1].

Díky tomuto rozvoji dochází k opouštění závislosti na solventnosti pacientů na tzv. „přímých“ platbách a vynucení si garance financování přímým subjektem v nepřímé závislosti na ekonomické síle pacienta. Tímto tedy vstupuje do vztahu mezi pacienta a lékaře další tzv. „třetí“ subjekt.

## ***2.4. Definice zdravotních potřeb obyvatel a zdravotní politika v ČR***

Nejvýznamnější oblastí pro efektivní a správné nastavení cílů zdravotní politiky je analýza zdravotních potřeb obyvatel, které jsou definovány jako odůvodněný požadavek na péči preventivní, léčebnou či rehabilitační, která plyne z objektivní nebo vnímané poruchy zdravotního stavu nebo z existujícího rizika ohrožení zdraví. Potřeby zdravotnické péče můžeme rozdělit podle různých kritérií např. na vyžadované a nevyžadované, adekvátní a neadekvátní, racionální a iracionální [5].

Existuje několik přístupů k zhodnocování potřeb zdravotnické péče např.:

- epidemiologický způsob hodnocení potřeb – jedná se o zkombinování hodnocení účinnosti a možného vztahu účinků a nákladů potencionálních intervencí,
- srovnávací způsob – porovnávání úrovní služeb, které se dostávají v různých částech populace,
- korporativní způsob – tímto způsobem jsou zkoumány požadavky zdravotnických odborníků, pacientů a dalších interesovaných stran [5].

Pro řešení problémů, které souvisejí s uspokojováním těchto potřeb, je nutné vyžadovat uplatnění systémového přístupu, jenž musí obsahovat tři základní faktory, které jsou obsahem těchto potřeb:

- zdravotní stav obyvatel, včetně jednotlivých skupin populace,
- úroveň dosažená v oblasti zdravotních a sociálních služeb ve vztahu k zdravotnímu stavu populace,
- zdroje potřebné k poskytování adekvátních služeb.

Právě na základě analýz současného zdravotního stavu obyvatel země či jednotlivých regionů, případně jednotlivých skupin populace a jimi požadovaných zdravotních potřeb může zejména stát určovat hlavní směry a cíle zdravotní politiky, a to s ohledem na zdroje, které je možné využívat. Zdravotní politika je představována především souhrnem politických aktivit, jež mají vliv na zdraví a kvalitu života obyvatel a společenských skupin. Obsahuje ty činnosti, které mají vliv na řadu zařízení, služeb a institucí, a také na organizace mající vliv na způsoby úhrad v systému zdravotní péče. Tato politika je tedy vyjádřením zájmu státu o zdraví svých občanů, jejímž cílem se stává zlepšování stavu obyvatelstva. Mezi hlavní nástroje, které jsou používány při realizaci zdravotní politiky, patří právní systém zákonů a norem, finanční zdroje a jejich rozdělení, státní a nestátní instituce. Při tvorbě koncepce zdravotní politiky je základním krokem hluboká analýza aktuálního zdravotního stavu obyvatel, zdravotnického systému a společenských podmínek, za účasti odborné veřejnosti a příslušných medicínských odvětví, s přizváním odborných společností, profesních organizací a manažerů [5].

Při hlubší analýze zdravotní politiky v zemích OECD se ukázalo, že ve většině zemí této organizace byly při plánování zdravotní péče vymezeny tři základní cíle:

- ekvita v přístupu k rozsahu zdravotní péče pro občany,
- vysoká kvalita péče – nárůst zlepšení zdravotního stavu obyvatel, zlepšující se výsledky,
- makroekonomickou hospodárnost, která je dosahována stanovením žádoucího stavu přijatelné úrovně nákladů vzhledem k úrovni národního důchodu [5].

Zdravotní politika je ve většině evropských zemí, ČR nevyjímaje, za posledních dvacet let charakterizována především vzrůstajícími nároky na finanční prostředky, které jsou vynakládány na udržení zdravotní péče. Mezi hlavní příčiny tohoto stavu můžeme zařadit:

- vzrůstající očekávání veřejnosti od zdravotní péče,
- nárůst chronických nemocí a invalidity,
- stárnutí populace,
- zvyšující se dostupnost nových technologií a způsobu léčby.

Tyto příčiny vedou dále ke vzniku konfliktů mezi fiskálními požadavky na řízení nákladů na straně jedné a morálních požadavků na udržení solidarity a zachování úrovně zdravotní péče na straně druhé. Jejich střet je hlavním východiskem při politických debatách o reformu zdravotní péče [5].

### ***2.5. Péče o zdraví a jeho hodnoty na úrovni jednotlivce a společnosti***

Pocit zdraví dodává jistotu každému jedinci a souvisí se základním lidským právem každého jednotlivce. Mezi tato práva můžeme zařadit kvalitní standard fyzického i duševního zdraví, včetně práva na dostatečnou zdravou skladbu stravy, práva na slušnou úroveň bydlení, práva na život a zaměstnání v dostatečně bezpečném prostředí i práva na přístup ke vzdělání a informacím.

Zdraví je specifickou hodnotou, která sama o sobě nemá hmotnou podstatu a nemůže být předmětem koupě a prodeje. Zdraví je ovlivňováno mnoha faktory, jejichž souhrn,

podmiňující zdraví člověka, nazýváme determinanty<sup>2</sup> zdraví. Jednotlivé faktory působící na zdraví, buď přímo, nebo zprostředkovaně, ale vždy jsou navzájem ovlivňovány. Působení těchto faktorů na zdraví člověka může být biopozitivní (faktory chránící a posilující zdraví) nebo bionegativní (faktory, které zdraví oslabují). Determinanty můžeme rozdělit z několika hledisek např. z hlediska didaktického (faktory prostředí a faktory individuální) nebo na vnitřní a zevní. Pro názornost je lepším dělením rozdělení podle možnosti ovlivnění těchto faktorů [4].

Z tohoto hlediska můžeme rozdělit determinanty na čtyři skupiny:

1. **Životní styl, způsob života** – podílí se na zdravotním stavu populace cca z 50%, mezi tyto faktory můžeme zařadit především nevhodnou stravu, nedostatek pohybu, kouření, nadměrnou psychickou zátěž, drogové závislosti, nadměrnou konzumaci alkoholických nápojů apod. Tyto faktory můžeme obecně nazvat jako nesprávný životní styl, který zanechává trvalé a mnohdy neodstranitelné škody na lidském zdraví. Patří k nim například různé formy alergií, ischemické choroby srdeční, diabetes 2. stupně, zhoubné novotvary apod. Studium vlivu životního stylu a způsobu života a jeho vlivu na zdraví jedince připadá do oblasti tzv. behaviorální medicíny,
2. **socioekonomické a vnější prostředí** – podíl na zdravotním stavu populace je cca 20%, k nejvýznamnějším faktorům patřícím do této skupiny můžeme zařadit především faktory v komplexním životním prostředí, v životosprávě (především životní úroveň a životní jistoty), pracovní podmínky, vzdělávání a kultura, mezilidské vztahy, systémy zdravotní a sociální péče a v neposlední řadě také demografické faktory. Zejména pracovní proces a pracovní prostředí mohou být zdrojem patogenních činitelů, především na tzv. rizikových pracovištích,
3. **zdravotní péče** – podílí se na zdravotním stavu populace asi z 10-15%, zejména specifická primární prevence, respektive efektivita a dostupnost léčebně-preventivní péče velmi významným způsobem ovlivňují nejen zdraví člověka, ale také jeho kvalitu života. Z tohoto pohledu je méně

---

<sup>2</sup> Determinanta - určující, usměrňující činitel nebo faktor. Zdroj: <http://www.slovník-cizich-slov.cz>

náročné (ať už z hlediska finančních zdrojů, času nebo léčebných prostředků) nemocím předcházet než je léčit,

4. **geneticko-konstituční a individuální faktory** – podíl na zdravotním stavu populace je asi 10-15%, do této skupiny faktorů můžeme zařadit zejména věk, pohlaví, genetické predispozice, imunologické faktory, metabolické predispozice a konstituční typ jedince [2].

## ***2.6. Soustava a uspořádání subjektů poskytujících zdravotní péči***

Zdravotní péče je uskutečňována a poskytována ve zdravotnických zařízeních a dalších organizacích, které jsou uspořádány do určité soustavy – sítě zdravotnických zařízení. Tuto soustavu tvoří zařízení, jejichž provozovatelem je stát, obce či kraje, a také soukromé fyzické či právnické osoby [4].

Ve středověku byly nemocnice často připojeny ke klášterům. První příklady organizací, které mohou být považovány za nemocnice, se objevují již v 7. stol. v Byzanci. Křesťanský svět se s budovami, ve kterých se léčí nemocní a zranění, seznámil za křižáckých tažení v 11. století. V dalších staletích byly křesťanskými a rytířskými řády stavěny nemocniční zařízení různého zaměření a rozsahu. V 19. století se začala prosazovat role státu, který postupně přebíral úlohu garanta ve zdravotnickém systému, a tak koncem 19. století již všechna velká evropská města měla jak soukromé, tak i veřejné všeobecné nemocnice. Ve 20. století přešla většina evropských nemocnic pod určitou formu státní kontroly. Co se týká vývoje v České republice, došlo v první polovině 90. let v ČR v důsledku změn společenských poměrů také k zásadní transformaci zdravotnictví. Podstatnou změnou v počátku 90. let byl přechod většiny rozpočtových organizací na organizace příspěvkové, což vytvořilo také nemocnicím větší stupeň autonomie. Rychlé transformační a privatizační kroky v první polovině 90. let byly podporovány snahou některých aktérů zdravotní politiky o co největší liberalizaci pravidel a vztahů v systému nemocniční péče. K 1. 1. 2003 byl majetek, se kterým k 31. 12. 2002 hospodařily nemocnice jako příspěvkové organizace zřizované okresním úřadem, převeden do vlastnictví krajů.

### **Současný stav:**

V ČR platí v současné době zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.



Tento předpis stanoví práva a povinnosti pojištěnců, vymezuje rámec zdravotního pojištění a principy úhrad zdravotní péče prostřednictvím zdravotních pojišťoven a rozsah zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. V zákoně je zakotven princip solidarity zdravých s nemocnými a ekonomicky aktivních s ekonomicky pasivními pojištěnci. Dále jsou v zákoně zakotvena základní pravidla pro jednání o úhradách zdravotní péče. Na základě těchto pravidel jsou stanovovány způsoby a výše úhrad zdravotní péče a cenová kalkulace jednotlivých výkonů. Při hodnocení účinnosti a rozsahu zmíněného zákona je třeba konstatovat, že některá ustanovení zaostávají za praxí a vývojem ekonomického systému, úrovní lékařských či léčebných technologií a postupů i rozšiřujícím se spektrem možností v oblasti léků a zdravotnických prostředků. Bylo by třeba zákon i na něj navazující normy nižší právní váhy průběžně aktualizovat. V současné době jsou úhrady zdravotní péče hrazeny prostřednictvím zdravotního pojištění (jednozdrojové financování). Projekty podpory zdraví a jeho ochrany, rozvoje techniky a technologií (investiční prostředky do zdravotnictví) jsou financovány prostřednictvím státního rozpočtu. K přidělení těchto prostředků na jednotlivé akce jsou na Ministerstvu zdravotnictví zřízeny příslušné kompetenční orgány (odborníky), které v rámci daném legislativními pravidly pro tuto oblast zajišťují přidělení, následné využití a kontrolu těchto finančních prostředků.

Veškerá zdravotnická zařízení poskytující zdravotní péči mají svou právní subjektivitu a poskytují obyvatelstvu léčebnou péči, a vybraná zařízení, která jsou pověřena Ministerstvem zdravotnictví po dohodě s Ministerstvem školství, se podílejí také na výchově a vzdělávání lékařů a farmaceutů [2].

Zařízení, která poskytují zdravotní péči, můžeme rozdělit do dvou hlavních skupin:

1. **zařízení hygienické služby** – zde řadíme např. hygienické stanice, které jsou zařízeními ochrany veřejného zdraví, provádí výkon zdravotního dozoru a dále zdravotní ústavy, jež působí v oblasti poskytování služeb v rámci laboratorních, mikrobiologických, imunologických vyšetření,
2. **zařízení léčebně-preventivní péče** – zde řadíme zařízení ambulantní péče – např. ordinace praktických a odborných lékařů, operační střediska záchranné a výjezdové služby, zařízení závodní prevence, agentury domácí péče, zařízení ústavní péče – nemocnice poskytující ambulantní a lůžkovou péči, v rozsahu základní až vysoce

specializované péče, odborné léčebné ústavy – lázeňská zařízení, ozdravovny, subjekty lékařenské – lékárny, laboratoře pro kontrolu léčiv, zvláštní dětská zařízení – např. dětské domovy, kojenecké ústavy, fakultní nemocnice a výzkumné ústavy [2].

Velmi účelné je rozdělení zdravotnických institucí a zařízení ze systémového hlediska:

### **1. Ambulantní péče (primární)**

Podle Světové zdravotnické organizace se jedná o místo prvního kontaktu s pacientem. V rámci této péče je uskutečňována nezbytná, respektive prvotní (základní) zdravotní péče, a to na municipální nebo lokální úrovni. Tuto péči v podmínkách ČR tvoří základní zdravotnické profesionální služby, které poskytují praktičtí lékaři a specialisté. Je zde zahrnuta především osvěta v rámci péče o zdraví, preventivní výchova a prvotní diagnostika [2].

Součástí této péče je také koordinace návazností na péči sekundární. V podmínkách České republiky rozeznáváme čtyři druhy lékařů primární péče:

- praktický lékař pro dospělé,
- praktický lékař pro děti a dorost,
- gynekolog,
- stomatolog [5].

### **2. Odborná, specializovaná a vysoce specializovaná péče (sekundární)**

Sekundární péče je následující instancí, kam lékař primární péče odesílá pacienta k další odborné, specializované či vysoce specializované péči, které poskytují ambulantní a nemocniční zařízení zdravotnického systému [2],[5].

Mezi pracoviště, která poskytují odbornou péči, můžeme zařadit zejména tyto medicínské obory:

- interní lékařství - poskytuje diagnostickou a léčebnou péči v oblasti vnitřního lékařství, tento obor sekundární péče je zaměřen zejména na specializovanou péči u konkrétních chorob v rámci své odborné působnosti. Patří zde např. kardiologie a angiologie, gastroenterologie, diabetologie, endokrinologie, alergologie a imunologie [2],

- chirurgické obory – charakteristické pro tyto obory medicínské péče je využívání operačních metod v diagnostice i následné léčbě. Pozornost je zaměřena na diagnostiku a léčení chirurgických a především onkochirurgických onemocnění, problematiku cévní chirurgie, hrudní chirurgie a dětské chirurgie. Je zde ve velké míře využíváno moderních přístrojů a instrumentária, jsou prováděné kompletní spektra mini invazivních operací včetně nejkomplikovanějších výkonů [2],
- dětské lékařství – pediatrie – péče je zaměřena na děti a dorost do 19 let. Léčba dětí a dospělých se od sebe v mnoha ohledech liší. Rozdíly v rozměru lidského těla odpovídají i rozdílům a změnám během dospívání. Menší tělo kojenců či novorozeňat se fyziologicky podstatně liší od těla dospělého člověka. Pediatři si musí více všimnout vrozených a vývojových vad nebo genetických odlišností. Péče je prováděna v prostředí, ve kterém se dítě cítí nejlépe a které je pro něj i přes nejrůznější diagnózy nejméně psychicky zatěžující [2],
- péče gynekologická a porodnická – náplní tohoto oboru jsou veškeré činnosti (prevence, diagnostika, léčba a výzkum nemocí) související s poruchami funkcí ženského pohlavního ústrojí a prsou, dále zde řadíme činnosti související s těhotenstvím, porodem, péčí o matku při porodu a šestinedělí včetně péče o plod (později novorozence) [2].

Specializovanou péčí rozumíme takovou péči, která je poskytována podle rozsahu příslušného oboru ambulantní a lůžkové péče. Mezi takovouto péčí řadíme zejména obory: neurologie, ortopedická péče, dermatologie, urologie, ORL<sup>3</sup>, oční a v neposlední řadě také anesteziologicko-resuscitační péči. Péče je požadována odesílajícím lékařem primární péče. Vysoce specializovaná péče je převážně poskytována pacientům v nemocnicích fakultního a univerzitního typu. Mezi takovouto péčí můžeme zařadit např. kardiologii, plastickou chirurgii, dětské specializace, geriatrii apod. [2].

Mezi obory poskytující nejvyšší specializaci, jež poskytují pouze specializované nemocnice a centra, řadíme například neuro a kardiochirurgii, transplantační péči, popáleninové úrazy, neonatologii a další. Tuto péči poskytují tzv. centra, jež jsou zřizována a ustavována Ministerstvem zdravotnictví. Zde patří např. kardiocentra, popáleninová centra, specializovaná úrazová centra, centra perinatologická [2].

---

<sup>3</sup> ORL – obor medicínské péče zabývající se ušním, nosním a krčním lékařstvím

### **3. Rehabilitační a následná péče (terciární)**

Terciární zdravotní péče je představována péčí rehabilitační a následnou, jejímž cílem je poskytnout péči pro obnovení poškozené nebo vymizelé tělesné nebo psychické funkce a následný návrat k zachování si soběstačnosti. Řadíme zde také péči, která je poskytována nevyléčitelně nemocným a umírajícím, jimž umožňuje důstojný odchod ze života. Součástí terciární péče jsou např. všechny druhy rehabilitací, lázeňské péče, domácí péče, provozování hospiců a léčeben dlouhodobě nemocných [2].

Společným jmenovatelem pro všechna tato členění je existence dostatečné sítě nemocničních zařízení, jež tyto zdravotnické služby poskytují. Tato nemocniční zařízení plní určité role a funkce, jež jsou jim dány registracemi a spektrem poskytovaných lékařských služeb [2].

#### ***2.7. Nemocnice – jejich role a funkce v sektoru zdravotnictví***

Pojem nemocnice lze v sociologické rovině vyjádřit pomocí definice: „nemocnice je organizace, která poskytuje lůžka, stravu a nepřetržitou ošetrovatelskou péči svým pacientům, v průběhu léčby zajišťované kvalifikovanými lékaři a dalším personálem. Pomocí těchto služeb nemocnice usilují o navrácení zdraví pacientům“ [1].

Za základní funkci nemocnice můžeme tedy považovat poskytování služeb léčebné péče, u těch pacientů, jejichž zdravotní potřeby nemohou být uspokojeny ambulantně. Nemocnice však mimo tuto základní funkci, plní také další funkce, mezi které můžeme zařadit: poskytování pregraduální a postgraduální výchovy lékařů a dalšího zdravotnického personálu, jsou také nositeli klinických výzkumů apod. Nemocniční zařízení můžeme rozdělit podle několika hledisek do tří následujících skupin:

- 1. podle převažujícího druhu poskytované péče** – zde můžeme dělit na nemocnice všeobecné a nemocnice specializované. V nemocnicích všeobecných je poskytována komplexní diagnostická péče včetně léčby a provádění chirurgických výkonů. Všeobecné nemocnice jsou dále tříděny podle své velikosti, která je vymezena počtem lůžkového fondu nemocnice, kdy jsou tyto děleny na malé (rozsah lůžkového fondu do cca 300 lůžek), střední (s rozsahem 300-600 lůžek) a velké, jejichž lůžková kapacita je nad 600 lůžek. Specializované nemocnice mají v ČR většinou charakter

tzv. odborných léčebných ústavů např. psychiatrické léčebny, léčebny dlouhodobě nemocných apod. [5],

2. **podle typu vlastnictví** – v této skupině jsou nemocniční zařízení dělena podle vlastníka (provozovatele) a můžeme je dělit na nemocnice ve vlastnictví a správě státu /např. fakultní a univerzitní nemocnice/, nemocnice veřejné ve správě a vlastnictví měst, obcí a krajů, nemocnice soukromé neziskového charakteru, jejichž zřizovatelem a vlastníkem jsou církve, dobročinné organizace apod., a dále nemocnice soukromé typu obchodních společností, které jsou založené a spravované na podnikatelském principu [5],
3. **podle průměrné délky ošetrovací doby** – zde jsou nemocnice tříděny na ta zařízení, která jsou určena pro akutní péči a ty nemocnice, které jsou určeny pro dlouhodobě nemocné. Zařízení pro akutní péči mají ošetrovací dobu průměrně 30 dní na jednoho ošetrovaného pacienta, zatímco nemocnice pro dlouhodobě nemocné mají tuto dobu ošetrování několikanásobně vyšší [5].

Nemocniční zařízení tvoří aktuálně podstatnou část infrastruktury všech ekonomik vyspělých zemí. Díky svým širokospektrálním léčebným, vědeckým, ošetrovatelským a sociálním rozsahem služeb vytvářejí jádro zdravotnictví a jsou místem pro získávání kvalifikací téměř veškerého odborného zdravotnického personálu. Dále můžeme nemocnice považovat za významný zdroj pracovních míst. V několika posledních letech dochází nejen v České republice, ale také v jiných vyspělých ekonomikách k prudkému vývoji směřujícímu k zefektivňování řízení a využívání nemocničních zařízení. V posledních cca patnácti letech můžeme v jednotlivých zemích pozorovat některé obecné tendence ve vývoji nemocniční péče [5].

Tyto tendence je možno charakterizovat obecně takto:

- snaha o optimalizaci lůžkových fondů, a to jak z hlediska kapacit, struktury a také celkové efektivity,
- prakticky ve všech průmyslově vyspělých ekonomikách jsou v běhu větší či menší reformy nemocniční péče, které jsou zaměřeny především na zvyšování kvality a efektivity poskytovaných služeb,
- snahy o postupné snižování průměrné délky ošetrovací doby, která by se např. u akutních lůžek neměla dostat přes hranici osmi dní,

- nutnost hledat takové způsoby financování nemocnic, jež by byli motivací pro nemocniční týmy k posilování kvality a racionálnosti při využívání prostředků,
- vzhledem k rozvoji medicínských prostředků a technologií jsou kladeny nemalé nároky na ceny této nemocniční péče a pozornost je také orientována na zkoumání účinnosti a efektivnosti těchto nových technologií a postupů [5].

Tlak na navyšování přísunu finančních prostředků je za posledních několik desetiletí zřejmý nejen v České republice, ale také ve všech ekonomicky a průmyslově vyspělých zemích, státní ekonomiky jsou nuceny tyto navyšující se požadavky řešit, protože dochází k nárůstu celkových výdajů na zdravotnictví, ale také ke zvyšování podílu těchto výdajů na HDP dané země. Tímto se také zvyšuje tlak na autonomii nemocničních zařízení a vstup soukromého sektoru do systému nemocniční péče. Podporou v tomto směru je jistě například koncept Světové banky – „Public – Private – Partnership“, nebo-li PPP projekty [5].

## ***2.8. Modely financování zdravotní péče, aplikace v prostředí České republiky***

Pro zajištění a funkčnost zdravotnického systému je charakteristické členění podle převažujícího zdroje financování, z něhož jsou zdravotní služby a péče poskytovány. Toto členění využívá tzv. modelů financování, které můžeme rozdělit takto:

- 1. tržní zdravotnictví** – model je založen na tržním principu, tedy na principu volného trhu. Hlavním představitelem tohoto modelu jsou Spojené státy americké. V minulosti tento model využívalo také Švýcarsko, ale od roku 1996 od něj upustilo. Zdravotní politika USA se vyznačuje nejednotností na federální úrovni, neexistuje zde ani jednotný federální systém, který by zajišťoval zdravotní péči. Poskytována zdravotní péče je hrazena z širokého spektra zdrojů, ať už se jedná o přímé úhrady pacientů, platby přes soukromé zdravotní pojišťovny až po financování místními, státními či federálními zdroji. Mezi hlavní problém tohoto tržního modelu patří jeho vysoká nákladovost, péče je pro mnoho občanů finančně nedostupná (v USA vznikl federální program Medicare a Medicaid<sup>4</sup>), proto bývá zaváděna tzv. řízená péče, jejímž hlavním úkolem je kontrola nákladů

---

<sup>4</sup> Medicare a Medicaid – federální zdravotní programy USA určený nemajetným a sociálně slabým občanům, úhrady péče jsou zajištěny ze státního rozpočtu. Programy byly schváleny Kongresem USA r. 1965.

vynakládaných zdravotnickými subjekty. Mezi hlavní atributy tohoto modelu řadíme konkurenci, dobrovolný vztah mezi nabídkou a poptávkou [4],

**2. model na Beveridgeovských principech – např. Národní zdravotní služba – tzv. Anglický model** – model, který jak již název napovídá, se začal uplatňovat ve Velké Británii a to od roku 1948. Mimo Evropu se s tímto modelem můžeme setkat např. v Kanadě. Obecně se dá říci, že tzv. Anglický model je naprostým protipólem modelu tržního. Model je určen a slouží všem občanům, kteří zdravotní péči potřebují. Financování této poskytované péče je prostřednictvím státního rozpočtu tzn., že prostředky k jejímu financování jsou seskupovány pomocí všeobecného zdanění obyvatelstva. Přímé platby v tomto modelu tvoří nepodstatnou část (v literatuře jsou uváděna cca 3 % z celkových výdajů na zdravotní péči). Díky financování z veřejných zdrojů jsou vládami přísně kontrolovány výdaje na využívání zdravotní péče [4],

**3. model na Bismarckovských principech** – model je založen na principu všeobecného zdravotního pojištění. Zdrojem pro financování jsou platby povinného pojistného od občanů. Tento systém financování zdravotní péče je z historického hlediska první organizovanou snahou státu o vyřešení financování garantované zdravotní péče o obyvatelstvo. Jedná se de facto o předplacené služby u zdravotních pojišťoven, jež jsou veřejnoprávními subjekty neziskového charakteru. Tento model využívá většina zemí západní Evropy a od roku 1993 také Česká republika. Mezi charakteristické znaky tohoto modelu můžeme zařadit:

- princip solidarity – tento je realizován pomocí faktu, že každý si platí pojistné podle svých příjmů, ale dostává zdravotní péči dle skutečné potřeby,
- garanci zdravotní péče státem (do výše určeného standardu),
- základy systému tvoří soukromé praxe ambulantních lékařů a specialistů,
- převažuje úhrada za výkon, jež má silný extenzivní charakter a bývá kombinována s kapitační platbou,
- v lůžkové péči je realizována platba za ošetrovací den, která zahrnuje – paušály za diagnostiku, ošetrovací a provozní sazby,

- stát se podílí na financování zdravotní péče tím, že realizuje platbu pojistného za osoby, které jsou uznané do fondu zdravotního pojištění,
- kontrolní a prováděcí činnosti stát deleguje na jiné subjekty, jež jsou postaveny mimo státní správu - veřejnoprávními pojišťovnami [4].

Veřejné zdravotní pojištění je v prostředí České republiky upravováno zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Podle tohoto zákona je pojištění povinné pro všechny občany, kteří mají trvalý pobyt na území ČR, nebo kteří jsou zaměstnanci zaměstnavatele, jež má na území ČR své sídlo. Mezi plátce veřejného zdravotního pojištění řadíme pojištěnce, zaměstnavatele i stát. Podle výše citovaného zákona je plátcem pojištění osoba, která je zaměstnancem v pracovním poměru, osoba bez zdanitelných příjmů nebo osoba samostatně výdělečně činná. Zaměstnavatel je vždy plátcem pojištění za své zaměstnance. Stát je plátcem za důchodce, nezaopatřené děti, nezaměstnané vedené ÚP, osoby na rodičovské dovolené a další skupiny osob vymezené v tomto předpisu [4].

Pojistné z hlediska jeho výše a úhrad je řešeno v zákoně č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Z ustanovení tohoto zákona vyplývá výše pojistného ve výši 13,5 % z vyměřovacího základu za rozhodné období. Určení a výše vyměřovacích základů specifikuje výše uvedený zákon [22].

V poměrech České republiky je ze zdravotního pojištění hrazena ta péče, která pojištěnci pomůže zachovat či zlepšit jeho zdravotní stav. Rozsah v tomto smyslu a podmínky úhrad jsou stanoveny zákonem a příslušnými prováděcími vyhláškami, které vydává Ministerstvo zdravotnictví (jedná se např. o vyhlášky, kterými se specifikují zdravotní výkony a jejich bodové hodnoty pro úhrady). Vybrané zdravotní pojištění je odváděno jednotlivým zdravotním pojišťovnám a následně je tzv. přerozděleno. Přerozdělovací mechanismus je velmi důležitý, neboť díky němu je zajištěna solidarita zdravého obyvatelstva s nemocným. V tomto přerozdělovacím procesu jsou zohledněny mimo jiné např. tzv. nákladové indexy věkových skupin pojištěnců, počty pojištěnců jednotlivých zdravotních pojišťoven a další [1].

Základním a trvalým cílem všech zdravotních pojišťoven, které působí v systému zdravotnictví ČR, je používat vybrané pojistné především k platbám za zdravotní péči,



jež je poskytována jejich pojištěncům v jednotlivých zdravotnických zařízeních. Zdravotní péči, která je poskytována pojištěncům můžeme dělit podle různých hledisek:

- zdravotní péče dle rozsahu,
- zdravotní péče dle úhrady ze zdravotního pojištění,
- zvláštní druhy zdravotní péče,
- ambulantní péče,
- lázeňská péče,
- ústavní péče,
- péče v ozdravovnách a dětských léčebnách.

Pro účely této práce se dále budeme věnovat rozdělení podle zdravotní péče dle úhrady ze zdravotního pojištění. Tuto rozsáhlou skupinu hrazené, nehrazené a částečně hrazené zdravotní péče přesně definuje zákon č. 48/1997Sb, o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů [24].

Zdravotní péči podle úhrady ze zdravotního pojištění můžeme tedy rozdělit do tří základních skupin:

- 1. Zdravotní péče plně hrazená z pojištění** – takto poskytována zdravotní péče tvoří většinu poskytnuté péče pojištěncům. Zdravotní pojišťovny hradí z vybraného pojistného jednotlivým zařízením za poskytnutou péči svým pojištěncům, a to podle uzavřených smluv. Tyto úhrady probíhají dle seznamů zdravotních výkonů, které obsahují tzv. bodové hodnoty jednotlivých výkonů a dále pomocí tzv. paušálů, kde se jedná o platby za počet registrovaných pojištěnců a tzv. agregované platby za lůžko a den. Takto poskytována zdravotní péče zahrnuje zejména – léčebnou péči v ambulantních a ústavních zařízeních, preventivní péči, závodní preventivní péči, dispenzární péči, pohotovostní a záchrannou péči a další uvedené v zákoně č. 48/1997Sb. o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Úhrady za zdravotní péči poskytovanou jednotlivými segmenty v ČR se řídí vyhláškou, každoročně stanovenou Ministerstvem zdravotnictví ČR. V řadě zemí se pro financování velkých nemocnic používá tzv. systém DRG. Předpokladem tohoto systému je existence srovnatelnosti nákladů na léčbu pacienta s obdobnými nároky na terapii. Tento systém je tvořen klasifikačními

skupinami (v ČR cca 630), pomocí nichž jsou pacienti s obdobnými léčebnými a ekonomickými parametry zařazeni do předmětných klasifikačních skupin. Výsledkem je tedy rozřazení pacientů do určitých DRG skupin, podle kterých se řídí výše plateb. Tato je dána vztahem mezi specifickou váhou DRG a základní sazbou. V ČR je projekt zkoušen od roku 1997 a v první fázi do něj bylo zařazeno 19 nemocnic. Úhrada za poskytovanou akutní lůžkovou péči pomocí DRG je zakomponována od úhradové vyhlášky, která byla platná pro rok 2012 [5],

- 2. zdravotní péče nehrazená z pojištění** – v této kategorii péče se jedná především o prohlídky a výkony, které jsou na vlastní žádost pacienta, a u kterých není cílem zlepšení či zachování zdravotního stavu pacienta [1],
- 3. zdravotní péče částečně hrazená z pojištění** – tento způsob spoluhrazené péče je v podmínkách České republiky uplatňován zejména u výdeje léčiv, u některých vybraných zdravotnických pomůcek a vybrané stomatologické péče [1].

Vzhledem k narůstajícím nákladům na zdravotní péči poskytovanou v systému českého zdravotnictví, bylo nutné začít regulovat poskytovanou péči. Za účelem zamezení plýtvání a zneužívání zdravotní péče byly zavedeny regulační mechanismy pomocí tzv. regulačních poplatků. Tyto regulační poplatky byly zavedeny zákonem č. 261/2007 Sb. o stabilizaci veřejných rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů, kterým se změnil zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů a další navazující legislativa.

Regulační poplatky platí samostatně každý pojištěnec, za dítě pak jeho zákonný zástupce. Způsob výběru regulačních poplatků záleží na poskytovateli zdravotních služeb. Poplatky jsou příjmem toho, kdo je vybírá, tedy lékaře, zdravotnického zařízení či lékárny. Tito jsou povinni je použít na úhradu nákladů spojených s provozem a modernizací, aby došlo ke zlepšení kvality poskytování zdravotních služeb. Limit pro hrazení regulačních poplatků je stanoven na 5.000,-- Kč ročně (u dětí a osob starší 65 let je pak limit snížen na 2.500,-- Kč). Pokud výše poplatků, které pojištěnec za daný rok uhradil, přesáhne tento ochranný limit (viz výše), je jeho pojišťovna povinna mu částku přesahující tento limit vrátit, a to nejpozději do 60 dnů od uplynutí čtvrtletí, ve kterém k překročení limitu došlo. Pokud je však daná částka

nižší než 50,-- Kč, uhradí ji pojišťovna až po uplynutí kalendářního roku. Do tohoto limitu se však nezapočítávají všechny poplatky [23].

Regulační poplatky je nutné hradit za:

- návštěvu lékaře, pokud je během ní provedeno klinické vyšetření (tj. vyšetření, které je provedeno před léčebným úkonem, nebo za účelem kontroly průběhu nebo výsledku léčby) 30,-- Kč, stejná částka náleží praktickému lékaři, pokud navštíví pacienta doma,
- recept v lékárně (bez ohledu na počet předepsaných léků či jejich balení) 30,-- Kč,
- návštěvu pohotovosti 90,-- Kč,
- jeden den v nemocnici, léčebně, lázních nebo ozdravovně 100,-- Kč, tento poplatek platí i doprovod dítěte [23].

Od regulačních poplatků jsou osvobozeny tyto skupiny osob:

- děti v dětských domovech nebo školských zařízeních pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy,
- děti umístěné na základě rozhodnutí soudu v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc,
- děti v pěstounské péči,
- občané, kterým soud nařídil ochrannou léčbu,
- osoby v hmotné nouzi (tedy takové, jejichž celkové sociální a majetkové poměry neumožňují uspokojování jejich základních potřeb, aniž by se tak stalo jejich zaviněním), které se prokáží o tom vydaným dokladem ne starším než 30 dnů,
- osoby, u kterých dochází k odběru tkání a orgánů podle transplantačního zákona [23].

### **3 USPOŘÁDÁNÍ A FINANCOVÁNÍ NEMOCNIČNÍ PÉČE A ORGANIZACE POSKYTUJÍCÍ NEMOCNIČNÍ PÉČI V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI**

Zdravotní péče je obyvatelům respektive pojištěncům poskytována převážně ve zdravotnických zařízeních, případně na jiném místě, a to dle aktuálního zdravotního stavu pacienta. Péče je poskytována zdravotnickým nebo jiným odborně způsobilým personálem. Stejně jako je léčebně-preventivní péče poskytována všem obyvatelům pomocí soustavy zdravotnických zařízení, je stejně tak tato péče poskytována pacientům ve spádové oblasti Moravskoslezského kraje. Tato zařízení mají vždy svou právní subjektivitu, jsou to tedy právnické osoby, jež mají své určité cíle, jsou vybaveny příslušnými pravomocemi, plní určené úkoly a mají své povinnosti [1].

Tyto subjekty mají různé zřizovatele. K zřizovatelům zdravotnických zařízení působících na území Moravskoslezského kraje patří především samosprávné celky – kraj, obce, dále pak je také zřizovatelem stát (např. Fakultní nemocnice Ostrava) a další soukromé, církevní a jiné subjekty [1].

#### ***3.1. Moravskoslezský kraj a jeho charakteristické rysy***

V průběhu času byl Moravskoslezský kraj utvářen jak přírodními vlivy, tak lidmi, kteří v něm žili. Z historického hlediska byl region ovlivněn především strukturou ekonomiky, především nadprůměrnou koncentrací těžkého průmyslu, těžby uhlí a strojírenstvím. I v současnosti je z tohoto kraje významný region, a to i přes útlum těchto oblastí. Moravskoslezský kraj patří mezi oblasti s nejvíce poškozeným životním prostředím v České republice a v některých parametrech i v celé Evropě. Vysoká koncentrace těžkého průmyslu je dlouhodobě příčinou silně znečištěného ovzduší. Ve znečištění rakovinotvorným benzopyrenem patří podle měření Českého hydrometeorologického ústavu k nejzamořenějším oblastem České republiky. Také koncentrace prachových částic jsou v ostravském ovzduší nejvyšší v zemi. V roce 2005 překračovalo znečištění prachem přípustný denní limit po 160 dní roku [9].

Moravskoslezský kraj vznikl současně s ostatními 13 českými kraji 1. ledna 2001 na základě legislativy přijaté v roce 2000. Po územní změně v roce 2005 má region rozlohu

5.427 km<sup>2</sup> a skládá se z celkem 6 okresů (od západu Bruntál, Opava, Nový Jičín, Ostrava-město, Karviná a Frýdek-Místek) a území 22 obcí s rozšířenou působností. V kraji se nachází celkem 300 obcí, z toho 5 statutárních měst, 35 měst a 3 městysů. Počet obyvatel kraje ke dni 14. 3. 2013 byl 1.226.602 obyvatel, což je třetí nejvíce osídlený kraj v České republice. K 1. 1. 2013 mělo největší město Ostrava 305 998 obyvatel. Dalšími významnými sídly jsou podle počtu obyvatel Havířov, Karviná, Frýdek-Místek, Opava nebo Třinec.

Kraj má třetí nejvyšší počet obyvatel ze všech českých krajů, a po Praze nejvyšší hustotu zalidnění, vysoce převyšující republikový průměr (Česko 130 obyvatel na km<sup>2</sup>, Moravskoslezský kraj 230 obyvatel na km<sup>2</sup>). Cca 62 % obyvatel žije ve městech nad 20.000 obyvatel, a i to je v zemi výjimečné. Nejvyšší hustota zalidnění je na Ostravsku (1453 obyvatel na km<sup>2</sup>), nejnižší na Bruntálsku (63 obyvatel na km<sup>2</sup>). Při srovnání podle okresů žije nejvíce obyvatel v okrese Ostrava-město (328 323 obyvatel) a v okrese Karviná (260 919 obyvatel), nejméně v okrese Bruntál (95 873 obyvatel) [9].

Na území Moravskoslezského kraje se nachází široké spektrum zdravotnických zařízení a nemocnic. Poskytování zdravotní péče v kraji je z hlediska infrastruktury i personálního zabezpečení na vysoké úrovni. Kraj disponuje rovněž zdravotní záchrannou službou, která vyniká vysokou technickou a organizační kvalitou. Široká je rovněž síť lékáren jejich počet se blíží k tisícům. Na jednu lékárnou v kraji připadá 4 130 obyvatel, což je nad celorepublikovým průměrem (3 935). Nepřetržitý prodej léků a lékařská pohotovost jsou běžné ve velkých nemocnicích [9].

### ***3.2. Pokrytí území Moravskoslezského kraje subjekty poskytující nemocniční péči***

Bez ohledu na zřizovatele bylo ke konci roku 2011 evidováno na území kraje celkem 3 251 zdravotnických zařízení. Síť zařízení ústavní péče tvořilo k 31. 12. 2011 celkem 18 nemocnic se 6 282 lůžky, 23 odborných léčebných ústavů se 2 864 lůžky a 3 lázeňské léčebny s 1 859 lůžky. V nemocnicích na území kraje bylo evidováno 5 959 akutních lůžek, z toho 748 pro děti a 323 lůžek následné péče. Na 10 000 obyvatel kraje připadalo v průměru 51 (ČR 57) nemocničních lůžek, 23 lůžek v odborných léčebných ústavech a 15 lůžek lázeňských [9].

Na území Moravskoslezského kraje jsou nemocniční služby poskytovány v zařízeních, jejichž zřizovatelem je stát, kraj, obec a také soukromé osoby. Můžeme zde jmenovat například:

- Fakultní nemocnice Ostrava – zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví,
- Městská nemocnice Ostrava, p.o. a Městská nemocnice Odry, p.o. – zřizovatelem je obec,
- Nemocnice Třinec, p.o., Slezská nemocnice v Opavě, p.o., Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, p.o., Nemocnice s poliklinikou Karviná-Ráj p.o., Nemocnice s poliklinikou Havířov, p.o., Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o. – zřizovatelem je kraj,
- Bohumínská městská nemocnice, a.s. – zakladatelem je město Bohumín,
- Nemocnice Podlesí a.s., Podhorská nemocnice a.s. (pracoviště Rýmařov/pracoviště Bruntál), Vítkovická nemocnice, a.s., Karvinská hornická nemocnice a.s., Nemocnice Český Těšín a.s., Nemocnice Nový Jičín, a.s. – zakladatelem je jiná právnická osoba,
- Bílovecká nemocnice, a.s. - zakladatel a jediný vlastník je Moravskoslezský kraj.

Podrobnou strukturu nemocničních zařízení poskytující zdravotnickou péči na území Moravskoslezského kraje ukazuje tabulka 3.1, jejíž součástí je také lůžkový fond jednotlivých nemocnic, průměrná ošetrovací doba a podíl lůžkového fondu na celkovém fondu v Moravskoslezském kraji [9].

**Tab. 3.1 Struktura nemocničních zařízení na území Moravskoslezského kraje**

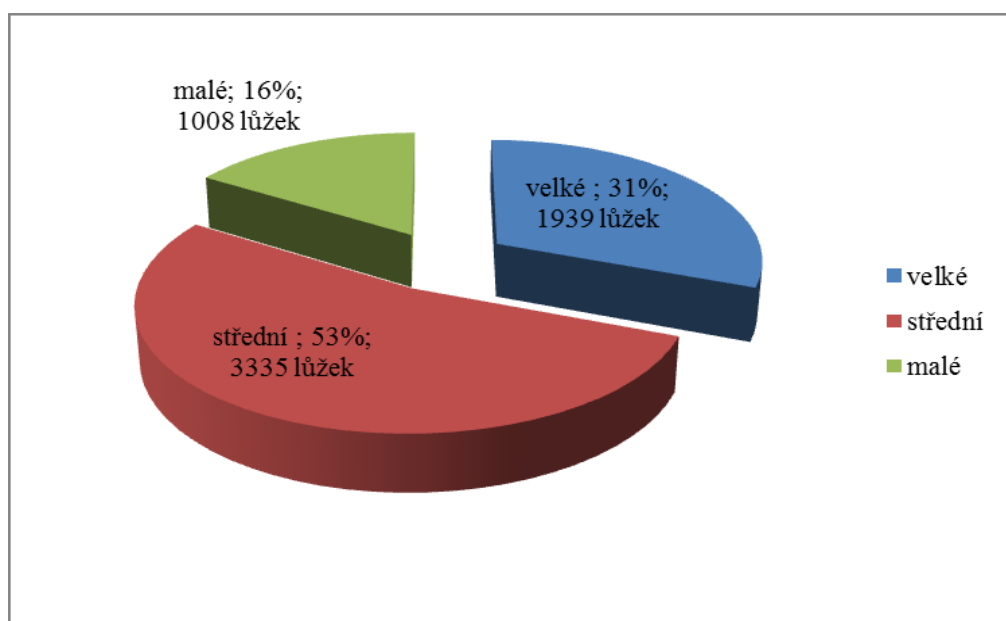
Název nemocnice	Právní zřízení	Zřizovatel	Druh poskyt. péče	Průměrná délka ošetření	Počet lůžek	Podíl na celkovém počtu lůžek v MS Kraji	Velikost *
Fakultní nemocnice Ostrava	p.o.	stát	všeobecná	6,8	1187	19%	velká
Městská nemocnice Ostrava	p.o.	obec	všeobecná	7,3	752	12%	velká
Slezská nemocnice v Opavě	p.o.	kraj	všeobecná	6,1	526	8%	střední
Nemocnice Frýdek-Místek	p.o.	kraj	všeobecná, následná	6,3	439	7%	střední
Nemocnice s poliklinikou Karviná - Ráj	p.o.	kraj	všeobecná, následná	6,3	434	7%	střední

Nemocnice s poliklinikou Havířov	p.o.	kraj	všeobecná	7	424	7%	střední
Nemocnice Nový Jičín	a.s.	SPO	všeobecná	5,8	412	7%	střední
Vítkovická nemocnice	a.s.	SPO	všeobecná	5,6	411	7%	střední
Nemocnice Třinec	p.o.	kraj	všeobecná, následná	6	369	6%	střední
Sdružené zdravotnické zařízení Krnov	p.o.	kraj	všeobecná	5,5	320	5%	střední
Nemocnice Český Těšín	a.s.	SPO	všeobecná	6,5	181	3%	malá
Bohumínská městská nemocnice	a.s.	obec	všeobecná, následná	8,2	173	3%	malá
Bílovecká nemocnice	a.s.	kraj	všeobecná, následná	13,2	162	3%	malá
Podhorská nemocnice Rýmařov/Bruntál	a.s.	SPO	všeobecná, následná	7,1	157	2%	malá
Nemocnice Podlesí	a.s.	SPO	všeobecná	3,7	153	2%	malá
Karvinská hornická nemocnice	a.s.	SPO	všeobecná	7,2	144	2%	malá
Městská nemocnice Odry	p.o.	obec	všeobecná	7,5	38	1%	malá
Poznámka: SPO - soukromá právnická osoba							
* do 300 lůžek = malá, 300-600 lůžek = střední, nad 600 lůžek = velká							

Zdroj: Zdravotnická ročenka Moravskoslezského kraje 2011 [9]. Vlastní zpracování

V následujícím grafu 3.1 je zobrazen podíl lůžkového fondu podle velikosti nemocnice v porovnání s celkovým lůžkovým fondem v Moravskoslezském kraji. Jak je patrné z uvedeného grafu, nejvyšší podíl na lůžkovém fondu mají nemocniční zařízení střední velikosti (tj. s poskytovaným lůžkovým fondem 300-600 míst). Jejich podíl na celkovém lůžkovém fondu činí 53 %, což představuje celkem 3 335 lůžek.

**Graf 3.1 Podíl lůžkového fondu podle velikosti nemocničního zařízení (v %)**



Zdroj: Zdravotnická ročenka Moravskoslezského kraje 2011 [9]. Vlastní zpracování

Na 10 000 obyvatel kraje připadalo v průměru 51 nemocničních lůžek (ČR 57), 23 lůžek v odborných léčebných ústavech a 15 lůžek lázeňských. Počet hospitalizovaných v nemocnicích kraje zaznamenal nárůst na 245 760, průměrná doba pobytu pacienta na lůžku se zkrátila, o 0,20 dne na 6,60 dne a roční využití lůžek ve dnech kleslo na 254. Roční využití lůžek ve dnech v nemocnicích řízených krajským úřadem bylo shodné s minulým rokem 262 dnů a průměrná ošetrovací doba poklesla na 6,16 dne, v zařízeních zřízených MZ byla lůžka využita 256 dnů v roce (rok 2010: 261) a průměrná ošetrovací doba trvala 6,83 dne. V nestátních zařízeních, kde je zřizovatelem město a obec, činilo roční využití lůžek 256 dnů (rok 2010: 267) a 7,31 průměrná ošetrovací doba, v privátních nemocnicích bylo využití 234 dnů v roce (rok 2010: 239) a průměrná ošetrovací doba se snížila na 7,15 dne [9].

V níže uvedené tabulce 3.2 je znázorněn vývoj jednotlivých ukazatelů v letech 2010 a 2011 za Moravskoslezský kraj vůči celorepublikovým číslům. Z této tabulky je patrné, že oproti republikovým číslům je v Moravskoslezském kraji nižší počet lůžek na 10.000 obyvatel, než je celorepublikový průměr, a to za rok 2011 o 11 %, dále je patrné, že průměrná doba ošetření je v kraji nižší o 8 %, než je průměr za celou republiku. Oproti tomu je využití nemocničních lůžek v kraji o 2 % lepší než v České republice celkově.



**Tab. 3.2 Porovnání vybraných ukazatelů využití nemocniční péče v Moravskoslezském kraji**

Ukazatel	MS kraj 2010	MS kraj 2011	ČR 2010	ČR 2011	rozdíl oproti ČR za rok 2011	rozdíl oproti ČR za rok 2010
Počet lůžek na 10.000 obyvatel	53	51	59	57	-11%	-10%
Průměrná ošetř. doba	6,8	6,6	7,3	7,2	-8%	-6%
Využití lůžek v nemocnicích (dny)	258	254	254	250	2%	2%

Zdroj: Zdravotnická ročenka Moravskoslezského kraje 2010,2011. Vlastní zpracování

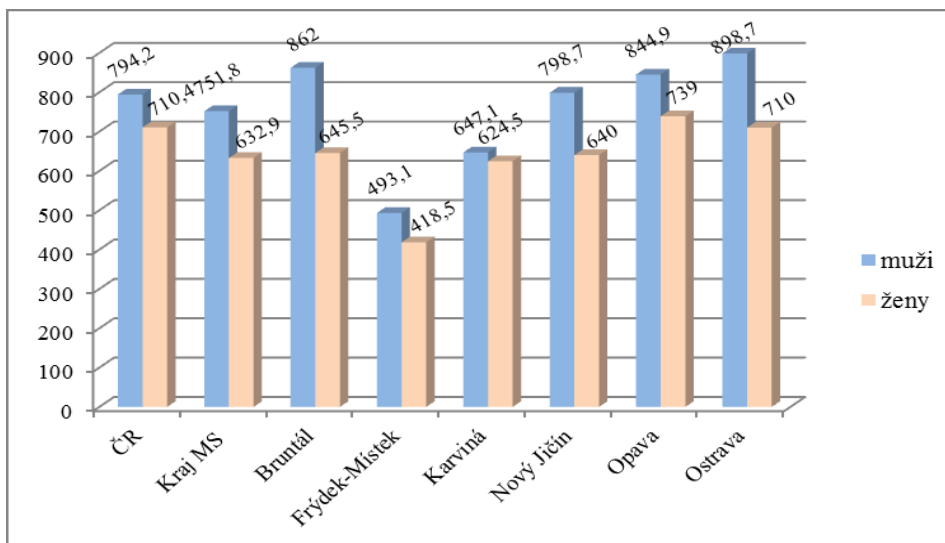
### **3.3. Vyhodnocení zdravotního stavu obyvatel Moravskoslezského kraje a jeho specifika**

Zdravotní stav obyvatelstva Moravskoslezského kraje je sledován pomocí tzv. povinných hlášení, výkazů a šetření v rámci Národního zdravotnického informačního systému. Mezi důležité ukazatele, na základě kterých je následně posuzován zdravotní stav populace, patří zejména výskyt zhoubných novotvarů, přenosných a pohlavních nemocí, dále vývoj onemocnění diabetem, TBC, dispenzarizovaná onemocnění dětí a dorostu, vrozené vady, pracovní neschopnost pro nemoc a úraz, nemoci z povolání a ukazatele hospitalizace [6].

Moravskoslezský kraj patří mezi oblasti s nejvíce poškozeným životním prostředím v České republice. Vysoká koncentrace těžkého průmyslu je dlouhodobě příčinou silně znečištěného ovzduší. Ve znečištění rakovinotvorným benzopyrenem patří podle měření Českého hydrometeorologického ústavu k nejzamořenějším oblastem České republiky [9].

Velmi závažným onemocněním jsou zhoubné novotvary (ZN) a jejich výskyt má stále rostoucí trend. V roce 2009 bylo v kraji 8 635 nově hlášených onemocnění zhoubnými novotvary. Jak je znázorněno v grafu 3.2, největší výskyt nově hlášených onemocnění na 100 000 mužů měl okres Ostrava 898,7 případů, průměr za kraj byl 751,8 (ČR 794,2), výskyt onemocnění na 100 000 žen byl nejvyšší v okresech Opava 739,5 a Ostrava 710,2, průměr za kraj 632,9 (ČR 710,4). U hlášených onemocnění zhoubnými novotvary činil poměr mužů 53 % a žen 47 %. Nejčastějším novotvarem byly novotvary kůže, prostaty u mužů a prsu u žen, ale v kraji i ČR došlo k poklesu onemocnění. Ve věku do 14 let bylo celkem hlášeno 11 zhoubných novotvarů u dívek a 16 u chlapců [9].

**Graf 3.2 Výskyt ZN v roce 2009 v okresech Moravskoslezského kraje a průměr v ČR na 100tis. obyvatel**



Zdroj: Zdravotnická ročenka Moravskoslezského kraje 2011 [9]. Vlastní zpracování

V roce 2011 připadlo na 100 000 obyvatel 81,6 případů jiné infekce způsobené salmonelami (ČR 83,4), počet salmonelóz se v kraji zvýšil oproti minulému roku o 25 %. Akutní virová hepatitida typu A se ale v kraji snížila ze 162 případů v roce 2010 na 81 nemocných a představovala 6,6 případů (ČR 2,5) na 100 000 obyvatel, počet v České republice poklesl o 69 %, z 862 případů na 264 onemocnění. Dle dat z registru tuberkulózy bylo v roce 2011 v kraji hlášeno 52 případů tuberkulózy, tj. v přepočtu na 100 000 obyvatel 4,2 případů, pokles o 17 onemocnění. V registru tuberkulózy bylo na 100 000 obyvatel evidováno 3,9 (ČR 5,3) onemocnění tuberkulózou dýchacího ústrojí a 0,3 (ČR 0,5) případů mimoplicní tuberkulózy [9].

Počet léčených diabetiků poklesl o 1 %. K 31. 12. 2011 bylo v kraji 98 714 léčených diabetiků. Na 100 000 obyvatel vychází relace 8 022 diabetiků (ČR 7 857). Výskyt cukrovky je dlouhodobě vyšší u žen, které tvořily 54 % z celku. Z celkového počtu diabetiků ubyli opět pacienti léčení jen dietou, kteří zaujímají 14,5 % z celku, zvyšuje se počet léčených PAD 62,6% a také inzulinem, kde pacienti představovali 21,5 % [9].

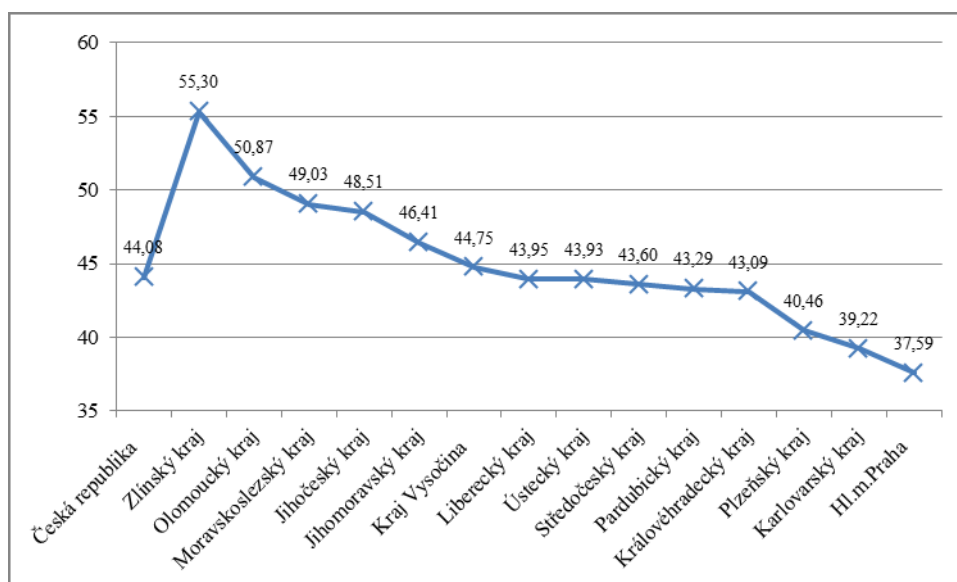
V kraji se zvyšuje počet dispenzarizovaných onemocnění vedených v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost a činil absolutně 71 311 u dětí a 36 476 u dorostu (oba nárůst shodně o 12 %). Na 100 000 registrovaných dětí u praktického lékaře pro děti a dorost připadlo 39 776 onemocnění a na 100 000 registrovaných dorostenců 66 172

onemocnění. Nejčastější příčinou dispenzarizace dětí byly nemoci dýchací soustavy (30 %) a u dorostu nemoci nervové soustavy, oka a očních adnex a nemoci ucha (24 %) [9].

V ordinacích klinické imunologie a alergologie bylo léčeno 121 682 pacientů, což představuje nárůst od roku 2000 o 95 %. Nejvíce dispenzarizací bylo evidováno, v přepočtu na 100 000 obyvatel, pro onemocnění pollinosou, a to 3 746 osob, pro astma 3 431 případů a pro stálou alergickou rýmu 1 687 pacientů [9].

Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz byla za rok 2011 v kraji tradičně vyšší než průměr ČR a zaujímá předposlední místo v hodnotách podle krajů. Průměrné procento pracovní neschopnosti kleslo za rok 2011 v kraji na 4,263 % (ČR 3,638 %), průměrné trvání jednoho případu mírně vzrostlo s 48,91 v roce 2010 na 49,03 dne v roce 2011 (ČR 44,08), což je třetí nejdelší trvání pracovní neschopnosti ve srovnání s ostatními kraji v ČR – viz graf 3.3 Počet případů na 100 nemocensky pojištěných klesl z 31,97 v roce 2010 na 31,74 případů v roce 2011 (ČR 30,13) [9].

**Graf 3.3 Srovnání délky pracovní neschopnosti za rok 2011 v jednotlivých krajích a ČR (ve dnech)**



Zdroj: Zdravotnická ročenka Moravskoslezského kraje 2011 [9]. Vlastní zpracování

### ***3.4. Struktura příspěvků pro činnost nemocnic zřízených krajem***

Moravskoslezský kraj je k 31. 12. 2012 zřizovatelem 10 zdravotnických zařízení, jež jsou ve formě příspěvkových organizací, z toho je 6 nemocničních zařízení. Kraj je dále jediným vlastníkem 1 nemocničního zařízení a 1 sanatoria ve formě akciové společnosti. Areál nemocnice v Novém Jičíně Moravskoslezský kraj dlouhodobě od 1. 1. 2012 pronajal soukromé společnosti.

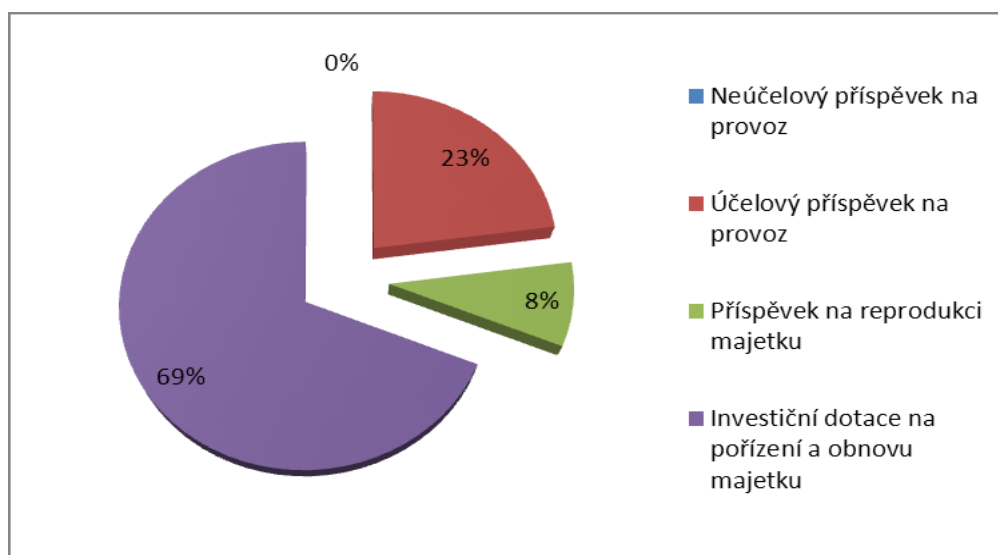
K financování provozních činností byly příspěvkovým organizacím v roce 2011 poskytnuty finanční prostředky ve výši 481.645 tis. Kč. Z této částky tvořil neúčelový příspěvek na zajištění běžného provozu částku 354.183 tis. Kč a účelově bylo poskytnuto 127.462 tis. Kč. Účelově určené finanční prostředky z rozpočtu kraje na zajištění provozních činností příspěvkových organizací v odvětví zdravotnictví byly určeny především na krytí odpisů dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku (54.171 tis. Kč), dále na provoz dětského stacionáře v Českém Těšíně (4.041 tis. Kč), protialkoholní záchytné stanice v Nemocnici ve Frýdku-Místku (6.411 tis. Kč) nebo na zajištění evidence onkologických onemocnění a vedení dat v národním onkologickém registru (769 tis. Kč) [13].

Z důvodu stárnutí populace a přibývání lékařů v důchodovém věku byly nemocnicím, v rámci akce zainteresování studentů posledních ročníků lékařských fakult stipendiem, poskytnuty prostředky ve výši 755 tis. Kč. Část účelově určeného příspěvku na provoz pro příspěvkové organizace tvořily neinvestiční finanční prostředky ze státního rozpočtu, a to v celkové výši 7.624 tis. Kč. Převážná část těchto účelových prostředků ve výši 5.332 tis. Kč však byla určena pro Dětské centrum Čtyřlístek a Dětský domov Janovice u Rýmařova jako státní příspěvek pro zřizovatele zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc za pobyt a péči poskytovanou nezletilým dětem v těchto zařízeních. Další účelové prostředky ze státního rozpočtu ve výši 5.233 tis. Kč byly určeny na úhradu nákladů rezidenčních míst pro rok 2011. Jedná se o dotační program Ministerstva zdravotnictví, který formou realizace rezidenčních míst slouží k financování a podpoře specializačního vzdělávání zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, zejména v regionech a oborech s nedostatkem specialistů [13].

Investiční a neinvestiční finanční prostředky určené příspěvkovým organizacím na reprodukci majetku kraje byly poskytnuty z rozpočtu roku 2011 ve výši 196.957 tis. Kč (cca 88 % upraveného rozpočtu pro odvětví zdravotnictví). Na údržbu a opravy majetku

svěřeného do správy příspěvkovým organizacím (neinvestiční prostředky) bylo v roce 2011 poskytnuto 22.467 tis. Kč. Jednalo se především o opravy budov a střeš zdravotnických zařízení a o opravu havarijního stavu vodovodů a kanalizací v příspěvkové organizaci Nemocnice ve Frýdku-Místku a Nemocnice s poliklinikou Havířov. Na pořízení a obnovu majetku byly určeny formou účelových investičních dotací do investičních fondů příspěvkových organizací v odvětví zdravotnictví na rok 2011 prostředky v celkovém objemu 174.490 tis. Kč, z toho největší položkou byla rekonstrukce vnitřních prostor pro potřeby oddělení dlouhodobé intenzivní péče ve výši 60.244 tis. Kč - Nemocnice s poliklinikou Karviná-Ráj [13].

**Graf 3.4 Podíl provozních a investičních prostředků poskytnutých příspěvkovým organizacím nemocniční péče Moravskoslezského kraje (v %)**

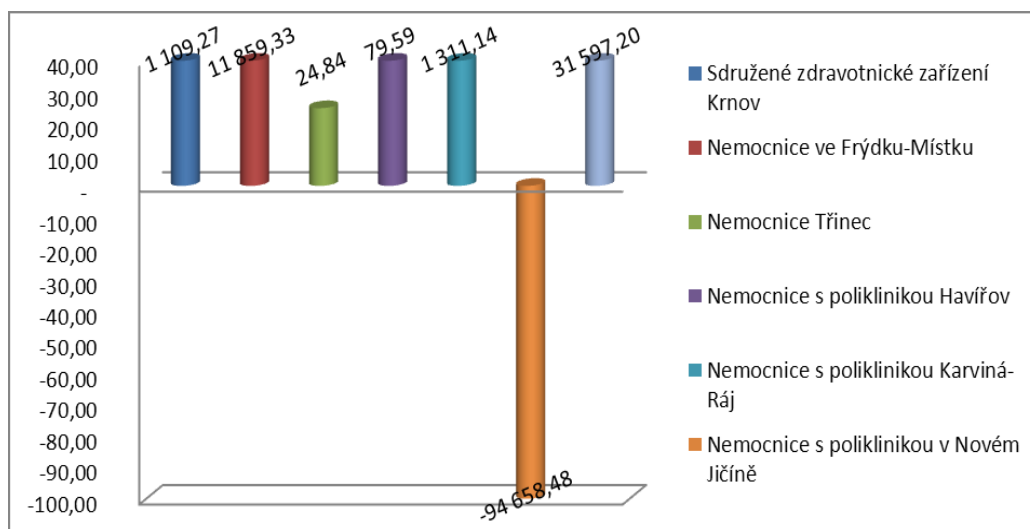


Zdroj: Závěrečný účet Moravskoslezského kraje za rok 2011 [13]. Vlastní zpracování

Příspěvkové organizace v odvětví zdravotnictví, tzn. nejen nemocnice, dosáhly v roce 2011 v celkovém součtu zhoršeného výsledku hospodaření, vytvořená ztráta v úhrnu činila 46.606,02 tis. Kč. S největší ztrátou hospodařila Nemocnice s poliklinikou v Novém Jičíně, příspěvková organizace, její celková ztráta činila -94.658,48 tis. Kč. Novojičínská nemocnice se od 1. ledna 2012 stala součástí zdravotnické skupiny AGEL (došlo k dlouhodobému pronájmu nemocnice v Novém Jičíně této společnosti). Zlepšeného výsledku hospodaření dosáhlo 10 organizací, jejich celkový vytvořený zisk představoval 48.052,47 tis. Kč. Nejvyšší zisk vykázala Slezská nemocnice v Opavě, příspěvková organizace (31.597,20 tis. Kč), ovšem tento výsledek hospodaření je ovlivněn proúčtováním nekrytého fondu reprodukce majetku (dále jen FRM), a to o částku 56.818 tis. Kč. Příspěvkových organizací –

nemocnicím se podařilo meziročně snížit náklady na léčiva, a to o 15,86 mil. Kč. Úspory bylo dosaženo zejména realizací nákupu komodit formou elektronických aukcí [13].

**Graf 3.5 Výsledky hospodaření nemocnic zřizovaných krajem za rok 2011 po zdanění (v tis. Kč)**



Zdroj: Závěrečný účet Moravskoslezského kraje za rok 2011 [13]. Vlastní zpracování

## **4 ANALÝZA A ZHODNOCENÍ HOSPODAŘENÍ NEMOCNICE ZŘÍZENÉ MORAVSKOSLEZSKÝM KRAJEM**

Analýza a zhodnocení hospodaření bude provedena s daty Nemocnice ve Frýdku - Místku, p.o. Díky dále popsanému zhodnocení hospodaření můžeme u této nemocnice sledovat její úspěšnost v investičních akcích při dodržování stanovených pravidel. Tento subjekt své dosažené výsledky hospodaření a činnosti zpracovává každoročně do Zprávy o činnosti (za daný kalendářní rok), díky kterým můžeme sledovat vývoj a porovnávat vybrané ekonomické ukazatele. Z těchto celkových výsledků jsem si pro další rozbor vybrala tři ukazatele, jež významnou mírou ovlivňují chod nemocnice.

Prvním ukazatelem jsou mzdové náklady, které tvoří podstatnou část výdajů na provoz nemocnice, druhým příspěvky a dotace na investice a provoz nemocnice a třetím pak výše příjmů od zdravotních pojišťoven.

### ***4.1. Charakteristika Nemocnice ve Frýdku – Místku, p. o.***

Nemocnice Frýdek-Místek, příspěvková organizace, Elišky Krásnohorské 321, 738 18 Frýdek-Místek byla založena na základě usnesení zastupitelstva Moravskoslezského kraje dne 27. 3. 2003. Od roku 2003 je tedy zřizovatelem Nemocnice Frýdek-Místek (dále jen NEMFM) Moravskoslezský kraj se sídlem 28. října 117, 702 18 Ostrava. Před tímto datem byla nemocnice zřizována okresním městem Frýdek-Místek. Areál nemocnice tvoří budovy různého stáří a různého technického stavu (rok výstavby budov se pohybuje v rozmezí let 1912-1992). V letech 1996 – 2002 došlo k rekonstrukcím cirká 50% objektů [14].

Hlavní činností organizace je poskytování zdravotní péče jak v ambulantním, tak v hospitalizačním režimu na základě dostupných poznatků lékařské vědy, přičemž je dbáno především na bezpečnost pacientů a kvalitu poskytované péče. Nemocnice k 31. 12. 2011 disponovala 439 lůžky pro hospitalizované pacienty, z toho 12 lůžek bylo vyhrazeno pro následnou péči, které jsou určeny pro pacienty z oblasti, ve které žije cirká 160 tis. obyvatel. Spádovou oblastí této nemocnice je především město Frýdek – Místek a mikroregion Podbeskydí. Léčebná preventivní péče je poskytována v ambulantní, lůžkové a také ústavní pohotovostní službě. Nemocnice Frýdek-Místek poskytuje služby lékařských

odborností, jejichž drtivá většina, celkem 23, jsou akreditované lékařské odbornosti a dále pak byly přiděleny akreditace nelékařských oborů – Porodní asistence, Radiofarmaka, Veřejné lékárenství [14].

Doplňková činnost nemocnice byla zajišťována v souladu se zřizovací listinou a v souladu s oprávněním dle živnostenských povolení. Doplnková činnost byla provozována především z důvodů lepšího využití svěřených věcných prostředků a také jako doplňkový zdroj pro financování hlavní činnosti. Jednalo se zejména o tyto činnosti: praní prádla, prodej a nákup zboží, pronájmy a nájmy nebytových prostor, pronájmy ploch pro reklamní využití, lektorskou činnost, ubytovací služby, pořádání odborných kurzů a seminářů [14].

#### ***Organizační strukturu Nemocnice Frýdek – Místek tvoří:***

**Ředitel nemocnice** – úsek ředitele nemocnice – *vnitřní auditor, manažer kvality, právní oddělení, tisková mluvčí, vedoucí sekretariátu*

**Ekonomický a personální náměstek** – *oddělení ekonomické, oddělení lidských zdrojů, oddělení zdravotních pojišťoven*

**Provozně technický náměstek** – *investiční oddělení, úklid, oddělení skladového hospodářství, správa majetku, doprava, stravovací úsek, prádelna*

**Náměstek pro ošetrovatelskou péči** – *vrchní sestry, vedoucí laboranti, oddělení rehabilitační péče, sanitáři*

**Náměstek pro léčebnou péči** – *primáři, operační sály, lékárny, pohotovostní služba, praktický a závodní lékař*

Již od září 2012 probíhá ve frýdecko-místecké nemocnici revitalizace deseti nemocničních budov, jejíž součástí bude výměna oken a zateplení obvodových stěn jednotlivých budov. Dále probíhají práce na přípravě stavby nového chirurgického pavilónu, vzhledem k tomu, že bývalý chirurgický pavilón byl nejprve v roce 2007 na základě zjištěného havarijního stavu při přípravě rekonstrukce budovy uzavřen a následně v roce 2010 zdemolován. V tomto období nemocnice pracuje v částečném provizoriu, které bude ukončeno až otevřením nových provozů v plánovaném pavilónu.



Dále je třeba se zmínit o restrukturalizaci v Nemocnici Frýdek – Místek, která stále probíhá, a která si v roce 2012 vyžádala mimo jiné úpravu lůžkové kapacity nemocnice, tak aby odpovídala dnešním požadavkům na intenzitu léčby a zkracování doby ošetření. I přes mnohá jednání se zdravotními pojišťovnami bylo nutné přistoupit k uzavření 30 lůžek, především z oddělení gynekologicko-porodnického, plicního a dále na oddělení dětském a neurologickém. Do budoucna jsou očekávány dílčí úpravy na chirurgických oborech, a to v souvislosti s výstavbou a otevřením nového chirurgického pavilónu v horizontu cca tří let.

#### ***4.2. Hospodaření nemocnice ve Frýdku – Místku***

Nemocnice Frýdek-Místek v letech 2008-2011 poskytovala zdravotní péči v rozsahu daném platnou registrací a podle smluv, které měla uzavřeny se zdravotními pojišťovnami. Mezi hlavní cíle nemocnice můžeme zařadit především zkvalitňování poskytované lékařské a ošetrovatelské péče, dosažení ekonomické stability, neustálé vzdělávání zaměstnanců na vyšší odborné úrovni.

Návrhy na zkvalitňování činnosti nemocnice byly stanovovány v rámci opatření v jednotlivých zprávách o činnosti subjektu a dále také pomocí usnesení vydanými Radou Moravskoslezského kraje jako zřizovatele a v neposlední řadě také příkazy ze strany ředitelství nemocnice. Každoročně byla zdůrazňována nutnost snižování nákladovosti na vykonávanou činnost a zvyšování příjmů ze zdravotního pojištění pomocí včasných plateb od zdravotních pojišťoven. Důležitým faktorem, jenž ovlivňuje výsledek hospodaření nemocnice, jsou výdaje na personální obsazenost, tyto výdaje tvoří více než 50 % nákladů nemocnice. Podrobná struktura nákladů nemocnice v jednotlivých letech sledovaného období je uvedena v příloze č. 2 této práce.

Nedílnou součástí pro vykonávání hlavní činnosti nemocnice je kapacita lůžkového fondu a jeho hospodárné a efektivní využití. V níže uvedené tabulce 4.1 je znázorněn vývoj lůžkového fondu ve sledovaném období let 2008-2011, včetně jeho využití. Nemocnice s platností od 1. 1. 2008 snížila lůžkový fond z 517 lůžek na 439, a to díky nutnosti řešit havarijní stav budov především chirurgicko-traumatologického pavilónu. Dále je graficky znázorněn (viz graf 4.1) vývoj nákladů na 1 ošetrovací den lůžkového fondu, který má stálou stoupající tendenci.

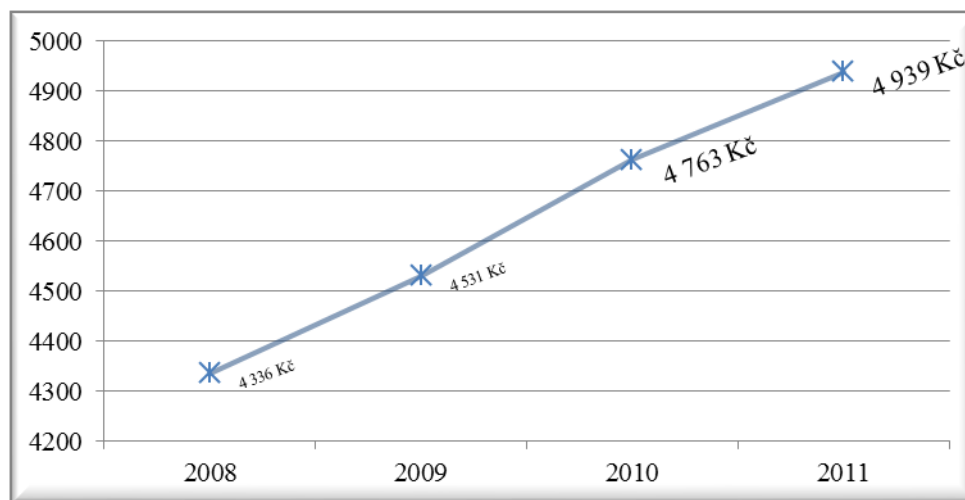
**Tab. 4.1 Lůžkový fond Nemocnice Frýdek-Místek a jeho využití**

Lůžkový fond Nemocnice Frýdek-Místek	2008		2009		2010		2011	
	nemocnice	následná ošetř. péče	nemocnice	následná ošetř. péče	nemocnice	následná ošetř. péče	nemocnice	následná ošetř. péče
<b>počet lůžek</b>	407	32	407	32	407	32	407	32
<b>počet hospitalizovaných</b>	18 903	X	19 413	384	19 228	388	18 929	343
<b>obsazenost lůžka na lékaře</b>	3,8	X	4,1	30,3	3,7	29,2	3,5	30,5
<b>obsazenost lůžka na sestru</b>	1,1	X	1,2	3	1,2	2,9	1,2	3,3
<b>využití lůžek ve dnech / rok</b>	275,7	X	282	345,7	272,1	333,4	270	348
<b>průměrná ošetřovací doba ve dnech</b>	6,2	21,5	5,9	28,8	5,8	27,5	5,8	32,5
<b>náklady na 1 ošetřovací den</b>	4 336 Kč		4 531 Kč		4 763 Kč		4 939 Kč	

Poznámka: x - údaj neuveden

Zdroj: Zdravotnictví Moravskoslezského kraje 2008,2009,2010,2011 [15,16,17,18]. Vlastní zpracování

**Graf 4.1 Vývoj nákladů na 1 ošetřovací den lůžkového fondu Nemocnice Frýdek-Místek**



Zdroj: Zdravotnictví Moravskoslezského kraje 2008,2009,2010,2011 [15,16,17,18]. Vlastní zpracování

#### 4.2.1. Výsledky hospodaření nemocnice v období 2008-2011

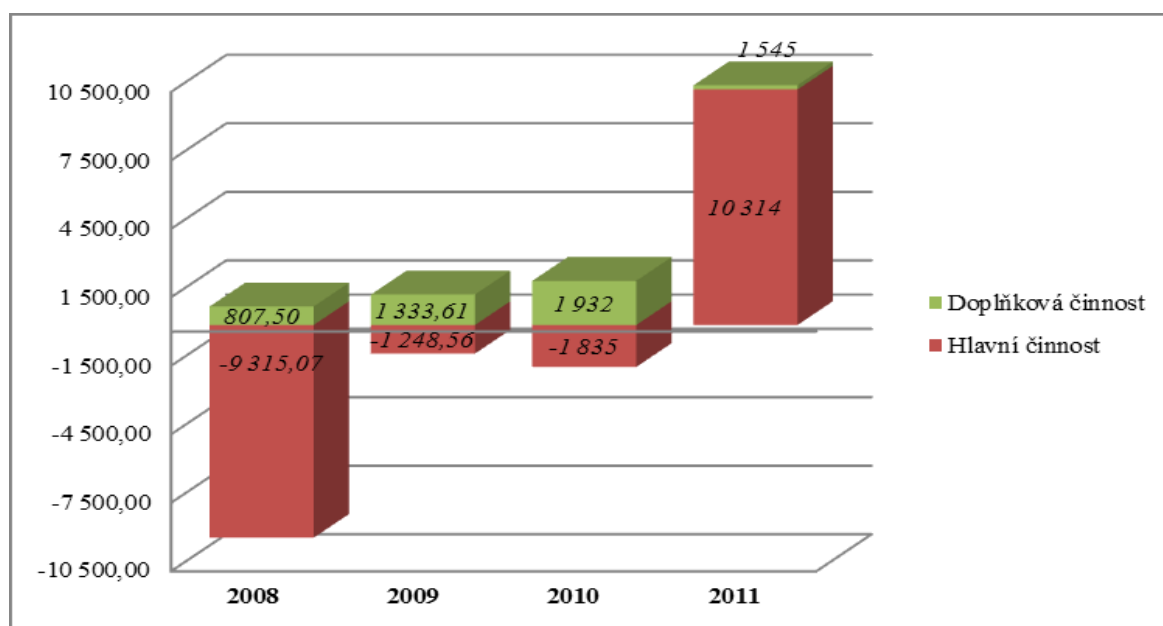
Celkový výsledek hospodaření za uvedená léta je kumulací výsledku hospodaření z hlavní a doplňkové činnosti. Podíly na celkovém výsledku hospodaření těchto jednotlivých činností ukazuje tabulka 4.2, ve které jsou rozepsány výsledky hospodaření za hlavní a doplňkovou činnost. V grafickém znázornění, je pak jasně patrný rozdíl mezi jednotlivými roky sledovaného období viz graf 4.2.

**Tab. 4.2 Podíly hlavní a doplňkové činnosti na celkovém výsledku hospodaření nemocnice za období 2008-2011 (v tis. Kč)**

Činnost	2008	2009	2010	2011
hlavní činnost	-9 315,07	-1 248,56	-1 835	10 314
doplňková činnost	807,50	1 333,61	1 932	1 545
celkový VH	-8 507,60	85,15	97	11 859

Zdroj: Zpráva o činnosti 2008-2011 [14] Vlastní zpracování

**Graf 4.2 Rozložení výsledku hospodaření mezi hlavní a doplňkovou činnost (v tis. Kč)**



Zdroj: Zpráva o činnosti 2008-2011 [14]. Vlastní zpracování

Výsledek hospodaření za rok 2009 dosáhl výše 85,15 tis. Kč což oproti roku 2008 je mimořádný posun, jelikož hospodaření roku 2008 skončilo ztrátou ve výši – 8.507 tis. Kč. Výsledek hospodaření za rok 2009 ve srovnání s rokem 2008 se zlepšil o 8.422 tis. Kč. Tento rozdíl byl způsoben především snížením ztrátovosti hlavní činnosti o téměř 8 miliónů Kč. Dále nemocnice zúčtovala snížení nákladů – odpisů o částku 31.598,20 tis. Kč, což představuje částku investičního fondu nekrytého finančními prostředky, čímž byl výsledek hospodaření ovlivněn. Kladného výsledku hospodaření bylo v roce 2009 dosaženo mimo jiné zvýšením výnosů z prodeje služeb, jejichž obsahem jsou příjmy za zdravotní služby a dále příjmy za služby nehrazené zdravotními pojišťovnami [14].

Zlepšený výsledek hospodaření za rok 2009 ve výši 85,05 tis. Kč byl plně využit na profinancování účetních ztrát z minulých let. Taktéž byl využit výsledek hospodaření

za rok 2010, který činil 97 tis. Kč. Také v tomto roce došlo ke snížení nákladů na odpisy průčtováním nekrytého investičního fondu ve výši 8 600 tis. Kč. Byly také využity prostředky rezervního fondu, a to na rozvoj činnosti nemocnice ve výši 659 tis. Kč. Organizace porušila zákon o hospodaření příspěvkových organizací č. 250/2000 Sb. o rozpočtových pravidlech, ve znění pozdějších předpisů, protože v rozvaze vykázala k datu 31. 12. 2010 fond reprodukce majetku v hodnotě 65.162 tis. Kč. Vedení organizace neprovedlo snížení tohoto fondu výsledkově v celé hodnotě jeho nezajištěného krytí finančními prostředky, tj. 37.184 tis. Kč, ale provedlo snížení pouze v nižší částce, a to ve výši 8.600 tis. Kč, což představuje odchýlení se od ustanovení §66 odst. 8 vyhlášky č. 410/2009 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů, pro některé vybrané účetní jednotky. Pokud by vedení organizace provedlo snížení fondu v celé hodnotě, tj. 37.184 tis. Kč, vyžadovalo by to snížit fond reprodukce majetku ještě o částku 28.584 tis. Kč. V souladu s tím by se měl zvýšit výsledek hospodaření o částku 28.584 tis. Kč (z toho neprovedené snížení fondu, týkající se minulých let představuje částku 22.561 tis. Kč). Ke zlomu v hospodaření nemocnice došlo v roce 2011, kdy se do kladných čísel nedostává jen celkový výsledek hospodaření, ale také dílčí výsledek za hlavní činnost, který v tomto roce přesáhl deset miliónů korun, což oproti předchozím létům je značný vývoj dopředu. Tento kladný výsledek hospodaření hlavní činnosti byl ovlivněn průčtováním snížení nákladů – odpisů o částku 28.588 tis. Kč a dále byl způsoben zvýšením výnosů z příjmů od Všeobecné zdravotní pojišťovny, a také navýšením provozních dotací od zřizovatele, které oproti roku 2010, kdy tento příspěvek činil 10.783 tis. Kč, byl v roce 2011 navýšen na 15.146 tis. Kč. Jistou mírou se také na tomto výsledku podílelo snížení nákladů na provoz hlavní činnosti oproti roku 2010 o cirká 4 milióny Kč. Toto snížení bylo způsobeno především snížením spotřeby materiálu a služeb [14].

Nemocnici ve Frýdku-Místku, příspěvkové organizaci byl stanoven usnesením Zastupitelstva Moravskoslezského kraje č. 16/1350 ze dne 4. 1. 2011 závazný ukazatel, a to výsledek hospodaření na rok 2011 ve výši 0 Kč. Tento závazný ukazatel se nemocnici podařilo splnit a zdravotnické zařízení vytvořilo za rok 2011 zlepšený hospodářský výsledek. Hospodářský výsledek za rok 2011, byl nepříznivě ovlivněn akcí „Děkujeme, odcházíme“, kterou organizovala Lékařská odborová komora. Dopady této akce znamenaly sníženou výkonnost nemocnice v 1. čtvrtletí roku 2011 a dále způsobila zvýšení nákladů na mzdy, které ve svém důsledku znamenaly nutnost přehodnocení všech aktivit nemocnice, především

pak aktivit zabezpečujících investiční rozvoj. Nárůst těchto osobních nákladů představoval cca 5 %. Tyto náklady byly pokryty snížením objemu investovaných prostředků, došlo k pozastavení investičního plánu pro rok 2011 a dále k významnému zvýšení tlaku na vytváření úspor v nákladech v oblasti spotřeby služeb a materiálu. Zlepšený výsledek hospodaření za rok 2011 ve výši celkem 11.859 tis. Kč byl rozhodnutím vedení a po schválení zřizovatelem proúčtován vůči ztrátám z minulých let, a to ve výši 7.012 tis. Kč. Zůstatek po tomto zaúčtování ve výši 4.847 tis. Kč byl navrhnout k zařazení jako zdroj rezervního fondu nemocnice [14].

#### 4.2.2. Rozbor nákladů a výnosů nemocnice

Na celkovém výsledku hospodaření Nemocnice ve Frýdku - Místku se podílejí náklady a výnosy hodnocených let. Vývoj výše nákladů a výnosů v daných letech měl stoupající charakter. Jednotlivé položky nákladů a výnosů v jednotlivých letech jsou uvedeny a rozepsány v příloze č. 2 a 3 této práce. Pro snazší orientaci a lepší přehlednost při srovnání celkových nákladů a výnosů je níže uvedena tabulka 4.3, ve které můžeme rozdíly hodnot celkových nákladů a výnosů a jejich meziroční navyšování v procentech.

*Tab. 4.3 Porovnání a vývoj nákladů a výnosů za období 2008-2011 (v tis. Kč)*

Období	Celkové náklady	Rozdíl oproti předchozímu roku	Meziroční změna v %		Celkové výnosy	Rozdíl oproti předchozímu roku	Meziroční změna v %
2008	662 654	-	-		654 147	-	-
2009	750 306	87 652	13,20%		750 391	96 244	14,71%
2010	765 361	15 055	2%		767 193	16 802	2,21%
2011	763 443	- 1 918	- 0,5%		775 302	8 109	1,1%

Zdroj: Zpráva činnosti 2008-2011 [14]. Vlastní zpracování

U nákladů v roce 2009 je patrný nárůst o 13,2 %, což představovalo částku 87 mil. Kč. Toto navýšení bylo zapříčiněno zejména nárůstem u spotřeby materiálu cirká o 14,5 mil. Kč tj. o 9,3 %. Největší nárůst u spotřeby materiálu je tradičně u medicínských položek o 5,3 mil. Kč, dále u léků s nárůstem 5,5 mil. Kč. Dále se na růstu nákladů podílela spotřeba energií, u které stouply náklady o 6,2 % tj. o 1,8 mil. Kč, kde je kopírován nárůst cen energií. Mezi další položky, které ovlivnily růst nákladů v roce 2009, patří náklady na prodané zboží s navýšením o 21,5 mil. Kč, jež byly zapříčiněny zvýšenou potřebou nákupu léků pro lékárnu,

a také náklady na ostatní služby ve výši 4,9 mil. Kč, jejichž navýšení je zapříčiněno hlavně náklady na demolici staré prádelny a vrátnice, v poslední řadě se na nárůstu nákladů v roce 2009 podílely také osobní náklady s nárůstem o 35 mil. Kč (tj. 9,7%), jejichž rozboru je v práci dále věnován prostor. Výnosy za rok 2009 stouply, oproti roku 2008 o necelých 15 %, což ve finanční částce představuje nárůst o 96 mil. Kč. Tento nárůst byl zapříčiněn zčásti navýšením zálohových plateb od zdravotních pojišťoven cca 50 mil. Kč, dále navýšením obratu lékárny a v neposlední řadě také výrazným zvýšením tržeb z prodeje služeb – služeb zdravotních [14].

Oproti roku 2009 kde jsme viděli nárůsty v nákladech i výnosech nad 10 %, se v roce 2010 zvýšily náklady a výnosy jen cca o 2 % oproti roku 2009. Výnosy se oproti roku 2009 v roce 2010 navýšily jen o 2 %. Tento pokles nárůstu výnosů byl zapříčiněn především pozitivním vyúčtováním poskytované péče zdravotními pojišťovnami. Dále se na příjmové straně negativně promítla i skutečnost, v jejímž důsledku došlo k pozastavení poskytování darů kraje, jež byly motivací pro pacienty k návštěvě nemocniční lékárny, a tím i k nákupům v tomto zařízení. Tímto pozastavení došlo k propadu obratu lékárny, což ve finančním vyjádření představuje propad o 21 mil. Kč. Vzhledem k očekávaným sníženým výnosům bylo nutné snížit také náklady, což se promítlo v meziročním růstu o pouhé 2 % oproti roku 2009. U položek jako je spotřeba materiálu a spotřeba služeb došlo k meziročnímu poklesu o 10 a 3,3 mil. Kč. Největší pokles byl zaznamenán u medicínských položek cca 5,5 mil. Kč a dále u léků o cca 4,5 mil. Kč. V roce 2010 došlo k růstu, pouze u položek spotřeba energií, jenž kopíruje ceny energií a růst v osobních nákladech o cca 5 % což je ve finančním vyjádření částka téměř 22 mil. Kč [14].

V roce 2011 došlo oproti roku 2010 k poklesu růstu nákladů a výnosů. U nákladů se tento pokles pohybuje okolo - 0,5 % a u výnosů můžeme sledovat nárůst jen o cca 1 %. Tento velmi mírný růst, resp. pokles, byl ovlivněn, především proúčtováním nekrytého fondu reprodukce majetku za uplynulá období. Mezi další negativními faktory můžeme zařadit akci „Děkujeme, odcházíme“, díky které došlo k omezení výkonnosti nemocnice v 1. čtvrtletí roku 2011 a následné zvýšení osobních nákladů o cca 21 mil. Kč či podfinancování nemocnice ze strany zdravotních pojišťoven. Nárůst výnosů v tomto roce byl způsoben také navýšením tržeb od pojišťoven o částku cca 12 mil. Kč [14].

### 4.2.3. Mzdové náklady Nemocnice Frýdek - Místek

Každoročně však náklady velmi ovlivňují výdaje na mzdy, nebo-li osobní náklady, bez kterých se žádná dobře fungující organizace jistě neobejde, s ohledem na tuto skutečnost byla provedena analýza vývoje mzdových nákladů v jednotlivých letech sledovaného období. V následující tabulce můžeme porovnat vývoj mzdových nákladů v letech 2008-2011 a jejich podíl na celkových nákladech nemocnice.

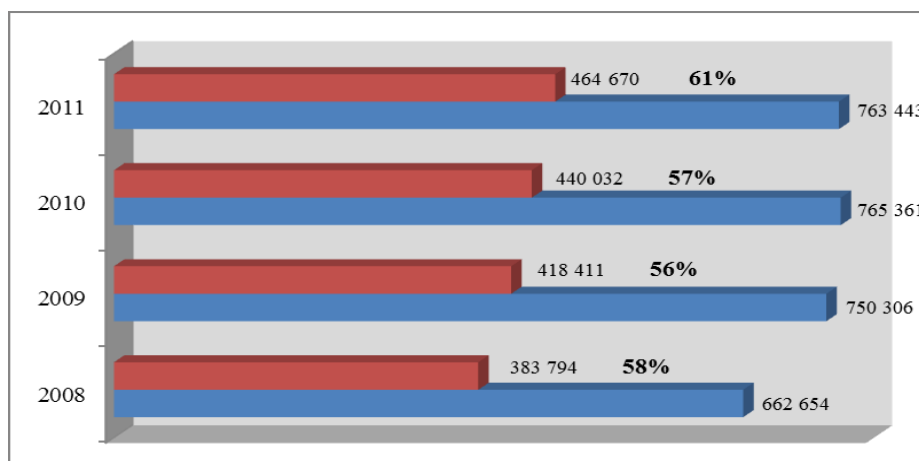
*Tab. 4.4 Podíl osobních nákladů na celkových nákladech za období 2008-2011 (v tis. Kč)*

Období	Celkové náklady	Osobní náklady	% podíl osobních nákladů
<b>2008</b>	662 654	383 794	58%
<b>2009</b>	750 306	418 411	56%
<b>2010</b>	765 361	440 032	57%
<b>2011</b>	763 443	464 670	61%
<b>Průměrně</b>	735 441	426 727	58%

Zdroj: Zpráva činnosti 2008-2011 [14]. Vlastní zpracování

Osobní náklady, které jsou tvořeny mzdovými náklady a pojistným, představují v Nemocnici Frýdek-Místek více než 50 % všech nákladů (struktura nákladů je uvedena v příloze č. 2 této práce). Jak je vidět z porovnání v tabulce 4.4 mají tyto osobní náklady stále stoupající tendenci. Z grafu 4.3 je pak zřejmé, že ač v roce 2009 činily tyto osobní náklady 56 % celkových nákladů, v roce 2011 to už bylo celých 61 %, což představuje rozdíl ve finančním vyjádření částku přesahující 46 mil. Kč [14].

**Graf 4.3 Podíl osobních nákladů na nákladech v letech 2008-2011 (v %)**



Zdroj: Zpráva činnosti 2008-2011 [14]. Vlastní zpracování

Pro úplnost dále v tabulce 4.5 je uveden vývoj průměrných měsíčních mezd, kterými se dále ukazuje stoupající trend v nákladech na mzdy. Průměrné měsíční mzdy jednotlivých skupin zaměstnanců nemocnice také ve sledovaném období let 2008 - 2011 doznaly stoupajícího charakteru. Např. v roce 2009 stouply průměrné mzdy za nemocnici o více, než 8 % což bylo způsobeno navýšením platových tarifů všech zaměstnanců dle nařízení vlády č. 130/2009 Sb. V roce 2010 dochází k nárůstu průměrné mzdy oproti roku 2009 o 5,12 %. Tento nárůst zapříčinilo mimo jiné také nařízení vlády č. 201/2009, kde došlo od 1. 7. 2010 k navýšení tarifních platů všech zdravotnických pracovníků [14].

**Tab. 4.5 Vývoj průměrných mezd zaměstnanců nemocnice v letech 2008-2011**

SKUPINA ZAMĚSTNANCŮ	2008	2009	2010	2011
ø mzda lékaři	47 774	49 840	50 448	56 965
ø mzda farmaceuti	36 003	39 294	30 771	32 381
ø všeobecné sestry a porodní asistentky	21 779	24 222	26 157	26 572
ø zdrav. pracovníci nelékaři odb.způsobilostí	23 739	25 145	26 261	27 253
ø zdrav. pracovníci nelékaři se spec.způsobilostí	21 147	24 001	26 483	27 390
ø zdrav. pracovníci nelékaři pod odb. dohledem	16 683	17 794	19 082	19 735
ø ostatní odborní prac. nelékaři s odb. způsobilostí	24 349	21 759	24 262	23 550
ø mzda za nemocnici	23 269	25 276	26 571	27 995
<b>meziroční nárůst průměrné mzdy za nemocnici</b>	-	<b>8,63%</b>	<b>5,12%</b>	<b>5,36%</b>

Zdroj: Zpráva činnosti 2008-2011 [14]. Vlastní zpracování

Jak již bylo uvedeno, osobní náklady měly stále stoupající tendenci, a ač se procentuální sazby na sociální a zdravotní pojištění odváděné zaměstnanci a zaměstnavatelem nemění, jednotlivé složky mzdových prostředků doznávají změn.



Pro přehlednost o vývoji a rozdělení mzdových prostředků uvádím níže tabulku 4.6, ve které jsou rozepsány jednotlivé položky mzdových prostředků a jejich vývoj ve sledovaném období let 2008-2011.

**Tab. 4.6 Rozdělení položek mzdových prostředků v letech 2008-2011 (v tis. Kč)**

SLOŽKA MZDY	2008	2009	2010	2011
Tarifní plat	167 044 981	185 267 734	196 862 106	206 677 973
Příplatky za vedení	2 912 026	2 944 776	2 878 117	3 150 977
Příplatky zvláštní	5 501 634	5 710 463	5 697 199	5 633 921
Příplatky za přesčasy	16 947 122	18 884 078	19 883 912	22 895 899
Příplatky za prac. pohotovost	6 260 071	6 771 890	7 343 002	8 244 672
Příplatky za práci v So+Ne	6 840 478	7 456 373	8 155 751	8 369 197
Příplatky za práci ve svátky	3 507 453	3 798 576	4 051 795	4 123 607
Příplatek za práci v noci	4 935 561	5 375 625	5 889 206	6 060 652
Náhrady mzdy	27 576 745	29 484 061	30 686 186	32 812 806
Osobní příplatky	21 467 461	26 951 842	25 410 536	25 581 543
Odměny	16 778 708	16 782 999	16 705 892	16 831 566
Ostatní složky	114 090	43 173	38 552	36 091
<b>Mzdové náklady celkem</b>	<b>279 886 330</b>	<b>309 471 590</b>	<b>323 602 254</b>	<b>340 418 904</b>

Zdroj: Zpráva činnosti 2008-2011 [14]. Vlastní zpracování

Navýšení mzdových nákladů v roce 2011 o 5 % tj. o 16.817 tis. Kč oproti roku 2010 mělo dopad na celkový hospodářský výsledek v roce 2011. Toto navýšení bylo zapříčiněno nařízením vlády č. 44/2011 Sb., které mimo jiné upravuje tarifní platy lékařů v rozmezí 5.000-8.000 Kč, podle tarifních tříd.

#### **4.2.4. Příjmy z dotací Nemocnice Frýdek - Místek**

Mezi jeden z druhů příjmů Nemocnice Frýdek-Místek můžeme zařadit dotace. Tyto dotace můžeme rozdělit do dvou základních skupin – dotace neinvestiční (vč příspěvků na provoz) a dotace investiční. V následujících tabulkách 4.7 a 4.8 můžeme porovnat jednotlivé výše těchto dotací, včetně rozdělení jejich poskytovatelů. Obecně lze říci, že neinvestiční dotace byly v celkové částce za celé sledované období let 2008-2011 o cca 15 % vyšší než dotace investiční [14].

V tabulce 4.7 můžeme srovnat výši neinvestičních dotací dle jednotlivých poskytovatelů v daném roce.

**Tab. 4.7 Rozdělení neinvestičních dotací dle poskytovatele v letech 2008-2011 (v Kč)**

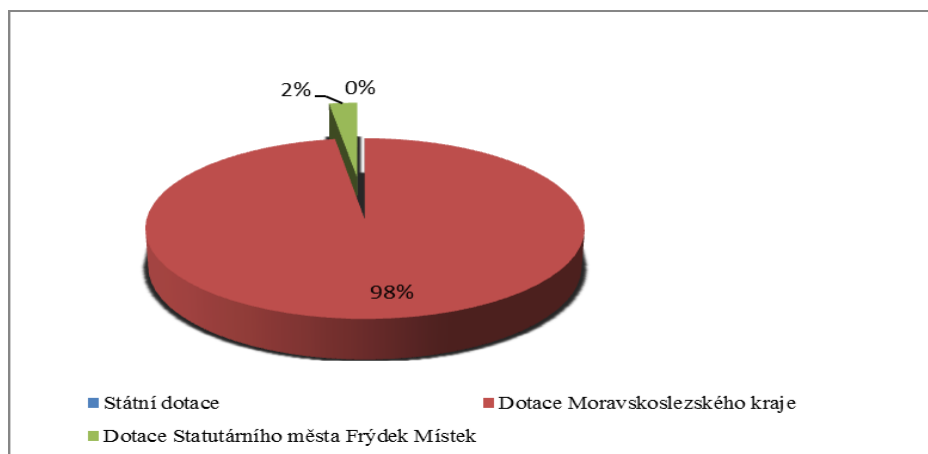
Rok	Státní dotace	Dotace Moravskoslezského kraje (zřizovatel)	Dotace Statutárního města Frýdek Místek	Celkem od všech poskytovatelů
2008	-	8 244 000	200 000	8 444 000
2009	57 587	14 284 210	70 000	14 411 797
2010	525 856	10 257 300	450 000	11 233 156
2011	2 224 276	12 921 586	104 545	15 250 407
<b>Celkem</b>	<b>2 807 719</b>	<b>45 707 096</b>	<b>824 545</b>	<b>49 339 360</b>

Zdroj: Zpráva činnosti 2008-2011 [14]. Vlastní zpracování

Celková výše dotace v jednotlivých letech kolísala, v roce 2008 činila 8,4 mil. Kč, v roce 2009 14,5 mil. Kč, v roce 2010 11,2 mil. Kč a nejvyšší neinvestiční dotace získala nemocnice v roce 2011 v hodnotě 16,5 mil. Kč. Dotace zřizovatele – Moravskoslezského kraje činila v každém roce nejvyšší a podstatnou část. Rozpis struktury jednotlivých neinvestičních dotací uvádím v příloze č. 4.

Z grafů (4.4, 4.5, 4.6 a 4.7) uvedených dále, můžeme vyčíst podíly jednotlivých poskytovatelů na celkové neinvestiční dotaci daného roku tzn., jaký podíl v daném roce činily dotace ze státního rozpočtu, dotace od zřizovatele a dále dotace od Statutárního města Frýdek-Místek.

**Graf 4.4 Rozdělení neinvestičních dotací za rok 2008 (v %)**

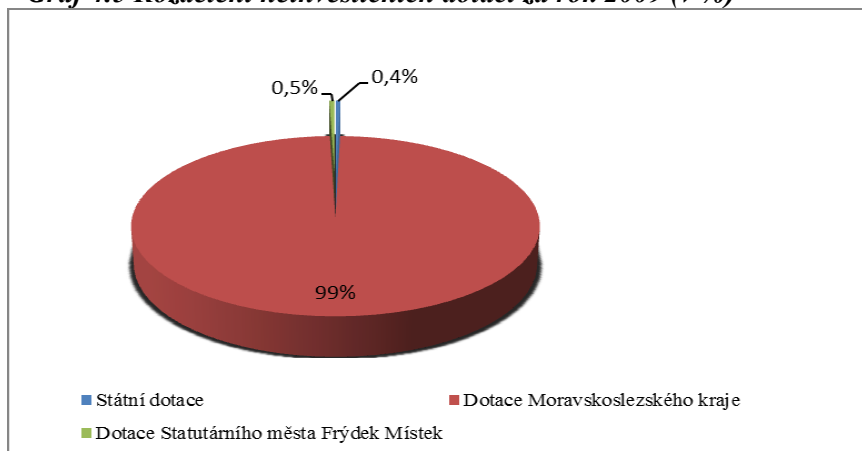


Zdroj: Zpráva činnosti 2008-2011 [14]. Vlastní zpracování

Jak je patrné z grafu 4.4 v roce 2008 činila dotace zřizovatele celých 98 % z celkových 8,2 mil. Kč. Tato neinvestiční dotace, respektive příspěvek na provoz byla určena především na provoz protialkoholní záchytné stanice, a to v hodnotě téměř 5,7 mil. Kč a dále

pak na krytí odpisů dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku. Výše tohoto příspěvku činila 2,5 mil. Kč.

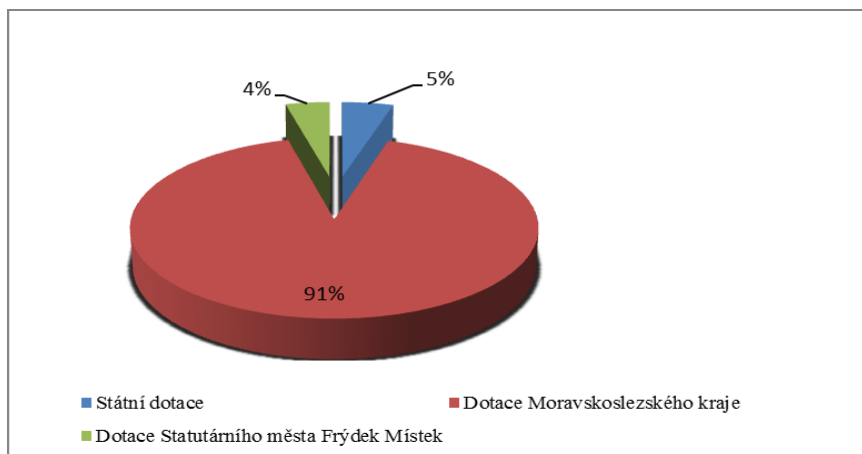
**Graf 4.5 Rozdělení neinvestičních dotací za rok 2009 (v %)**



Zdroj: Zpráva činnosti 2008-2011 [14]. Vlastní zpracování

V roce 2009 se na neinvestiční dotaci podílel zřizovatel 99 % z celkové částky 14,5 mil. Kč. Dotace ostatních poskytovatelů (tj. státní dotace a dotace Statutárního města Frýdek-Místek) se v součtu pohybovala pod 1 %. Příspěvek zřizovatele na provoz byl v roce 2009 v hodnotě 14,2 mil. Kč a byl určen především na financování provozu protialkoholní záchytné stanice v hodnotě 5,9 mil. Kč, dále na pokrytí odpisů DHM a DNM v částce 2,7 mil. Kč. Oproti roku 2008 zde přibyl příspěvek na bourání prádelny, podatelny a pokladny v částce necelých 3,8 mil. Kč a příspěvek na odstranění havárií kanalizačního řádu ve výši 1,5 mil. Kč. Nejmenší část tohoto příspěvku tvořil příspěvek na výběr regulačních poplatků ve výši 0,3 mil. Kč [14].

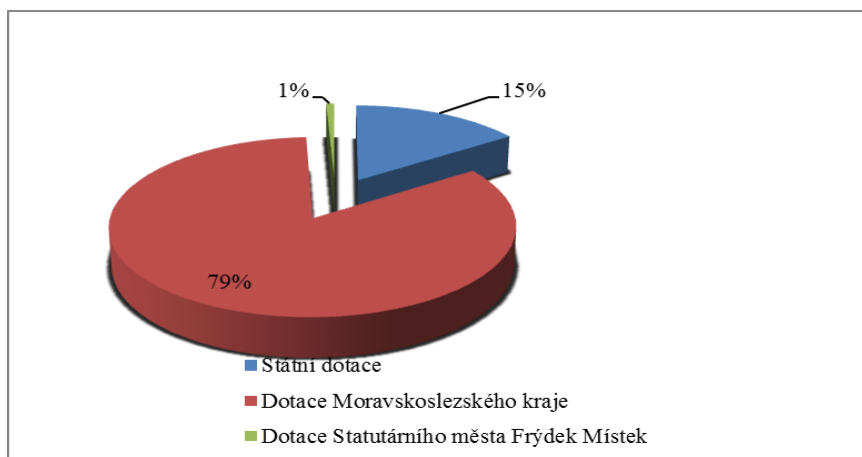
**Graf 4.6 Rozdělení neinvestičních dotací za rok 2010 (v %)**



Zdroj: Zpráva činnosti 2008-2011 [14]. Vlastní zpracování

V roce 2010 dochází ke změně rozdělení neinvestičních dotací mezi poskytovateli, jak je patrné z grafu 4.6 dotace zřizovatele se snížila oproti roku 2009 na 91 % a dotace státní a dotace Statutárního města Frýdek-Místek vzrostla na 5 % a 4 %. Dotace ze státního rozpočtu ve výši 525 tis. Kč byla určena na pokrytí nákladů, které vznikly nemocnici v souvislosti se specializovaným vzděláním svých zaměstnanců. Dotace od Statutárního města Frýdek-Místek ve výši celkem 450 tis. Kč byla určena na akce „Nákup antidekubitních matrací“ v hodnotě 300 tis. Kč a dále na akci „IV. Beskydské ortopedické dny“ ve výši 150 tis. Kč. Příspěvek zřizovatele činil 10,3 mil. Kč a jeho podstatná část byla využita tak jako v minulých letech na financování provozu protialkoholní záchytné stanice v hodnotě 6,5 mil. Kč a pokrytí odpisů DHM a DNM v hodnotě téměř 3 mil. Kč. Zbylých 800 tis. Kč bylo využito na drobné akce např. příspěvek na stipendia pro studenty lékařských fakult – 285 tis. Kč, na aplikaci jednotného řízení nemocnice v hodnotě 220 tis. Kč, dále byl hrazen příspěvek na onkologický program v částce 125,3 tis. Kč. Zbylých 218,7 tis. Kč bylo využito jako příspěvek na zvýšení provozního příspěvku a příspěvek na prověrku nemocnice [14].

**Graf 4.7 Rozdělení neinvestičních dotací za rok 2011 (v %)**



Zdroj: Zpráva činnosti 2008-2011 [14]. Vlastní zpracování

V posledním sledovaném roce 2011, viz graf 4.7, došlo opět k poklesu podílu dotace zřizovatele na 79 % oproti roku 2010, kde byl podíl dotace 91 %. Dotace státní činila 15 % a dotace od Statutárního města Frýdku - Místku 1%. Ze státní dotace, stejně jako v roce 2010, byly hrazeny náklady na spojené se specializovaným vzděláváním zaměstnanců, výše této dotace činila 2,2 mil. Kč. Dotace Statutárního města Frýdek – Místek byla využita na nákup antidekubitních matrací (104,5 tis. Kč). Dotace zřizovatele v hodnotě celkem 12,9 mil. Kč byla využita na krytí odpisů majetku (2,9 mil. Kč), dále na financování provozu protialkoholní záchytné stanice (6,4 mil. Kč). Mezi další větší výdaje z této dotace můžeme

zařadit příspěvek na mimotarifní složky platu lékařů v hodnotě 2,9 mil. Kč. Zbýlá částka v hodnotě 700 tis. Kč byla využita na drobnější výdaje, jak je zřejmé z detailní struktury neinvestičních dotací – viz příloha č. 4, této práce. Další důležitou složkou příjmů nemocnice byly dotace investičního charakteru, které jak je patrné z níže uvedené tabulky 4.8, byly poskytovány pouze zřizovatelem [14].

**Tab. 4.8 Rozdělení investičních dotací dle poskytovatele v letech 2008-2011 (v Kč)**

Rok	Státní dotace	Dotace zřizovatele Moravskosl. kraje	Dotace města Frýdek Místek	Celkem
2008	-	8 112 551	-	<b>8 112 551</b>
2009	-	10 111 694	-	<b>10 111 694</b>
2010	11 523 331	25 637 927	-	<b>37 161 258</b>
2011	-	11 240 772	1 279 520	<b>12 520 292</b>
<b>Celkem</b>	<b>11 523 331</b>	<b>55 102 944</b>	<b>1 279 520</b>	<b>67 905 795</b>

Zdroj: Zpráva činnosti 2008-2011 [14]. Vlastní zpracování

Investiční dotace byly vázány na různé investiční akce a jsou poskytovány účelově. Do investičních akcí můžeme zařadit pořízení informačního systému PACS<sup>5</sup> v roce 2008 v hodnotě 1,8 mil. Kč, v témže roce dále akce „Řešení zajištění lékařské péče vyvolané havarijním stavem v pavilonu chirurgických oborů“ ve výši 4,4 mil. Kč a pořízení C-ramene pro pojízdný radiodiagnostický přístroj v hodnotě 1,84 mil. Kč. V roce 2009 nemocnice získala investiční dotace pouze od zřizovatele, a to ve výši 10,1 mil. Kč. Dotace byly využity na stavební práce akce „Pavilon chirurgických oborů“ v částce 9,9 mil. Kč a dále byla z dotace pořízena stomatologická souprava pro LSPP Nemocnice Frýdek-Místek v hodnotě téměř 200 tis. Kč. V roce 2010 získala nemocnice investiční dotace celkem ve výši 37 mil. Kč, z toho od zřizovatele 25,6 mil. Kč a byly využity na akce „Rekonstrukce výtahů“ v hodnotě 11,5 mil. Kč, akci „Rekonstrukce vnitřních rozvodů TUV“ v hodnotě téměř 3,5 mil. Kč a dále pokračovala akce „Výstavba pavilonu chirurgických oborů“ v hodnotě 10,7 mil. Kč. Státní dotace v tomto roce byla ve výši 11,5 mil. Kč, což představovalo cirká 30 % celé investiční dotace v tomto roce a byla určena na akci „ISPROFIN – Energocentrum a zvýšení dodávky elektrické energie“. V roce 2011 se dotace od zřizovatele v hodnotě 11,2 mil. Kč rozdělily mimo stavební akce, také na nákup dialyzačního přístroje ve výši téměř 1 mil. Kč, k nákupu přístrojové techniky pro oční centrum v hodnotě 2,4 mil. Kč a také na dovybavení laparověže na oddělení urologie ve výši 521 tis. Kč, dále nemocnice v tomto roce získala investiční dotaci od Statutárního města Frýdek-Místek ve výši téměř

<sup>5</sup> PACS je koncept archivace (skladování) biomedicínských obrazových informací a řízení přístupu k těmto informacím.

1,3 mil. Kč, která byla určena pro nákup EMG přístroje. Detailní rozpis investičních dotací a jednotlivých nákupů je uveden v příloze č. 5 této práce [14].

Je však nutné podotknout, že dotační příspěvky nejsou jediným zdrojem financování Nemocnice Frýdek-Místek. Mezi významné zdroje financování patří především příjmy od zdravotních pojišťoven, tržby lékárny z prodeje zboží a také příjmy z doplňkové činnosti. Nicméně bez těchto příspěvků a dotací by nemohlo být uskutečněno mnoho investic a akcí, které vedou ke zkvalitňování poskytovaných nemocničních služeb a zdravotnické péče, jež jsou poskytovány obyvatelům okresu Frýdek – Místek na území Moravskoslezského kraje [14].

#### 4.2.5. Příjmy od zdravotních pojišťoven Nemocnice Frýdek - Místek

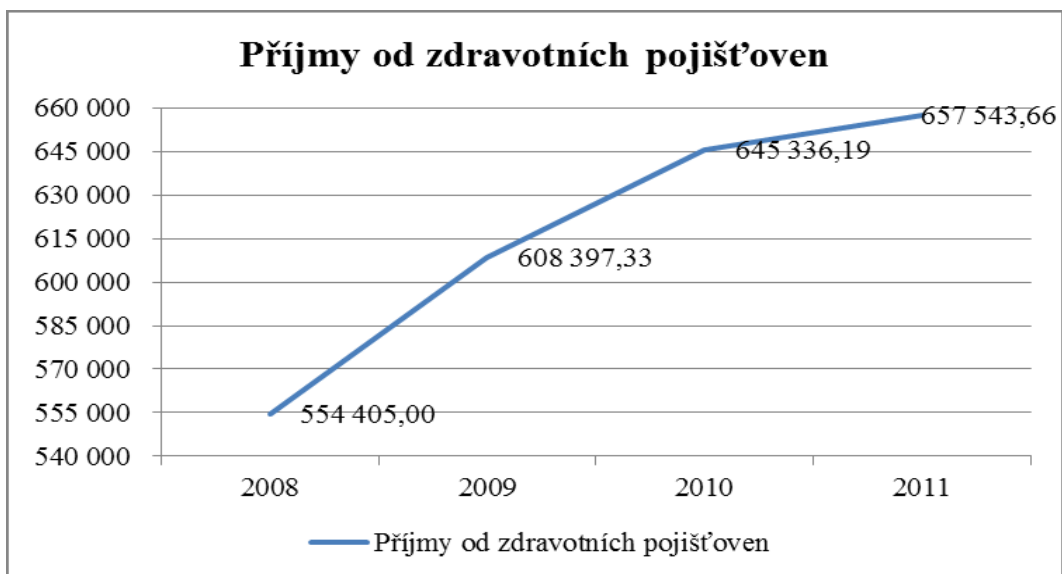
Mezi velmi významné příjmy zdravotnického zařízení patří příjmy z plateb od zdravotních pojišťoven za poskytnuté zdravotnické služby. Jak je patrné z níže uvedené tabulky 4.9 a následně z grafu 4.8, patří příjmy od zdravotních pojišťoven k významným příjmům Nemocnice Frýdek-Místek. V roce 2008 činil podíl příjmů zdravotních pojišťoven na celkových výnosech 85 %, a zatím co v dalších letech dochází k mírnému poklesu podílu těchto na celkových výnosech – v roce 2009 je tento podíl 81 %, v roce 2010 84 % a v roce 2011 84 %, tak v absolutních hodnotách vykazují příjmy od zdravotních pojišťoven každoroční růst. Tyto příjmy stouply v období od roku 2008 do roku 2011 o více než 13 % [14].

**Tab. 4.9 Podíl příjmů od zdravotních pojišťoven na celkových výnosech v období let 2008-2011 (v tis. Kč) a jejich meziroční vývoj (v %)**

Ukazatel	2008	2009	2010	2011
Celkové výnosy	654 147,05	750 391,29	767 193,00	776 582,18
Příjmy od zdr. pojišťoven	554 405,00	608 397,33	645 336,19	657 543,66
Podíl příjmů od zdr.pojišťoven na výnosech	85%	81%	84%	85%
<b>Meziroční vývoj příjmů od zdr.pojišťoven</b>	-	<b>5,4%</b>	<b>6,1%</b>	<b>1,9%</b>

Zdroj: Zpráva činnosti 2008-2011 [14]. Vlastní zpracování

**Graf 4.8 Meziroční vývoj příjmů od zdravotních pojišťoven nemocnice v letech 2008-2011 (v %)**



Zdroj: Zpráva činnosti 2008-2011 [14]. Vlastní zpracování

## 5 ZÁVĚR

Nemocnice Frýdek – Místek je příspěvkovou organizací, která byla zřízena v roce 2003 na základě zřizovací listiny podle zákona č. 250/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů, na 15. zasedání zastupitelstva Moravskoslezského kraje konaného dne 27. 3. 2003. Zřizovatelem tohoto nemocničního zařízení je tedy Moravskoslezský kraj a kapacitou svého lůžkového fondu čítajícího 439 lůžek patří k nemocnicím střední velikosti. Zásady a principy podle, kterých hospodaří příspěvková organizace poskytující zdravotnické služby, jsou velmi odlišné od zásad, podle kterých hospodaří organizace, které jsou založeny na ziskovém podkladu. Mezi hlavní příjmy příspěvkové organizace Nemocnice Frýdek- Místek se řadí především příjmy za poskytnuté služby od zdravotních pojišťoven, příjmy získané z provozování doplňkových činností, příjmy z darů a v neposlední řadě také příjmy z příspěvků, které organizaci poskytuje zřizovatel na provoz a pořízení investic. K uvolňování finančních prostředků zřizovatelem dochází na základě stanovených limitů a schválených rozpočtů na příslušný rok. Mezi další zdroje, které se podílí financování příspěvkové organizace, jsou příspěvky a dotace ze státního rozpočtu, dotace od statutárního města Frýdek-Místek, v jejichž katastrálním území se zdravotnické zařízení nachází a vlastní zdroje. Ztráty z minulých let hradí příspěvková organizace pomocí proúčtování zlepšených výsledků hospodaření, které je ve sledovaném období výrazně ovlivněno proúčtováním nekrytého investičního fondu v souladu s vyhláškou č. 410/2009 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů.

Pro vyhodnocení celkového výsledku hospodaření a dalších ekonomických ukazatelů byla vybrána a použita data ze Zpráv o činnosti organizace za období let 2008-2011. Z těchto údajů mimo jiné vyplynula skutečnost, že náklady a výnosy organizace vykazují sice meziročně snižující se trend tempa růstu, a v roce 2011 dokonce pokles. Za rok 2009 došlo oproti roku 2008 k meziročnímu nárůstu u nákladů o víc jak 12 %. Mezi důležité příčiny tohoto nárůstu patří např. navýšení výdajů na spotřebu především zdravotnického materiálu a léků, dále nárůsty cen energií, vzrůst nákladů na prodané zboží, které byly zapříčiněny zvýšenou potřebou nákupu léků pro lékárnu, v neposlední řadě pak vzrůst ovlivnily také náklady na bourací práce prádelny, pokladny a podatelny. Významným činitelem nárůstu nákladů v roce 2009 byly také rostoucí osobní náklady (tj. náklady na mzdy zaměstnanců a s tím související pojistné). Vývoj nákladů v roce 2010 doznal oproti roku 2009 obratu, kdy náklady za rok 2010 vzrostly o pouhé 2 % vůči roku 2009, což je o 10 % méně



než nárůst mezi léty 2009 a 2008. Nárůst byl způsoben především rostoucími cenami energií. V roce 2011 došlo k poklesu nákladů vůči roku 2010, pokles činil zhruba 0,5%. Vývoj výnosů de facto kopíruje růst nákladů. V roce 2009 se výnosy organizace zvýšily oproti roku 2008 o téměř 15 %. Mezi významné příčiny tohoto růstu můžeme zařadit navýšení zálohových plateb od zdravotních pojišťoven, nárůst tržeb z poskytnutých zdravotnických služeb a tento nárůst výnosů ovlivnil navýšený obrat lékárny. V roce 2010 a 2011 pak dochází ke zmírnění tempa meziročního růstu výnosů na 2 % za rok 2010 a 1 % za rok 2011 oproti předcházejícímu roku. Pokles nárůstu výnosů v roce 2010 oproti roku 2009 byl způsoben především pozitivním vyúčtováním poskytované péče zdravotními pojišťovnami. Meziroční 1% nárůst výnosů v roce 2011 oproti roku 2010 byl ovlivněn snížením výkonnosti nemocnice v 1. čtvrtletí roku díky akci LOK „Děkujeme, odcházíme“.

Nemocnici Frýdek-Místek je poskytován příspěvek na provoz a dotace na investice ze strany zřizovatele, jímž je Moravskoslezský kraj. V období let 2008-2011 dosáhl tento příspěvek na provoz částky necelých 46 mil. Kč, což představovalo podíl na celkových výnosech za toho období zhruba 1,6 %. Dotace na investice dosáhly ve sledovaném období částky celkem 55 mil. Kč, což představovalo podíl na celkových výnosech necelých 1,9 %. Z výše uvedeného tedy vyplývá, že ani příspěvek na provoz, ani dotace na investiční akce nepředstavovaly pro Nemocnici Frýdek-Místek významný příjem.

Vzhledem k provedené analýze nákladů došlo ke zjištění, že náklady na mzdy zaměstnanců v období let 2008-2011 představovaly průměrně 58 % podíl na celkových nákladech nemocnice Frýdek-Místek. Tímto zjištěním, došlo k potvrzení první hypotézy, že „Mzdové náklady představují více než 50 % nákladů Nemocnice ve Frýdku-Místku, příspěvková organizace“.

Podle dostupných dat bylo zjištěno, že velmi významným příjmem Nemocnice Frýdek-Místek jsou příjmy z plateb od zdravotních pojišťoven za poskytnuté zdravotnické služby. Průměrně tvořily tyto příjmy 85 % výnosů nemocnice ve sledovaném období let 2008-2011 a meziročně vykazovaly růst v průměru o 2 %. Vzhledem k provedené analýze, byla potvrzena i druhá stanovená hypotéza, a to že, „Příjmy od zdravotních pojišťoven v Nemocnici ve Frýdku-Místku, příspěvková organizace, ve sledovaném období vždy vykazaly meziročně rostoucí trend“.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ

- [1] DOLANSKÝ, H. *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*. Slezská univerzita v Opavě: Opava, 2008. s. 132. ISBN 978-80-7248-482-9
- [2] DOLANSKÝ, H. *Veřejné zdravotnictví*. Slezská univerzita v Opavě: Opava, 2008. s. 222. ISBN 978-80-7248-494-2
- [3] DRBAL, C. *Česká zdravotní politika a její východiska*. Galén: Praha, 2005. s. 96. ISBN 80-7262-340-0
- [4] DURDISOVÁ, J. *Ekonomika zdraví*. Vysoká škola ekonomická v Praze, Nakladatelství Oeconomica: Praha, 2005. s. 228. ISBN 80-245-0998-9
- [5] GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. Computer Press: Brno 2003. s. 380. ISBN 80-7226-996-8
- [6] *Koncepce zdravotní péče v Moravskoslezském kraji*. Krajský úřad Moravskoslezského kraje, Listopad 2003. s. 84. Dostupné také z: <http://veřejná-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/zdr.html>
- [7] *ZDRAVÍ 21*. Výklad základních pojmů. Úvod do evropské zdravotní strategie Zdraví pro všechny v 21. století. Ministerstvo zdravotnictví ČR: Praha, 2004. s. 160. ISBN 80-85047-33-0
- [8] *ZDRAVÍ 21. – ZDRAVÍ DO 21. STOLETÍ*. Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu. Světové zdravotnické organizace. Ministerstvo zdravotnictví ČR: Praha, 2001, s. 147. ISBN 80-85047-19-5
- [9] *Zdravotnická ročenka Moravskoslezského kraje 2011*, Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, Praha, 2011. s. 180. ISBN 978-80-7472-022-2
- [10] *Síť zdravotnických zařízení 2011*, Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, Praha, 2011. s. 140. ISBN 978-80-7472-004-8
- [11] *Zdravotnická zařízení v Moravskoslezském kraji*. Dostupné také z: <http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/>
- [12] *Koncepce zdravotnictví v Moravskoslezském kraji*. Dostupné také z: [http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/zdr\\_01.html](http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/zdr_01.html)
- [13] *Závěrečný účet Moravskoslezského kraje za rok 2011*. Dostupné také z: [http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/fin\\_zu\\_2011.html](http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/fin_zu_2011.html)
- [14] *Zpráva o činnosti 2008, 2009, 2010, 2011*. Nemocnice ve Frýdku – Místku, p.o., Frýdek – Místek, 2008, 2009, 2010, 2011. Dostupné také z: <http://www.nemfm.cz/o-nemocnici/zprava-o-cinnosti-po/>
- [15] *Zdravotnictví Moravskoslezského kraje 2008*. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, Praha, 2009. s. 37. ISBN 978-80-7280-822-9

[16] *Zdravotnictví Moravskoslezského kraje 2009*. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, Praha, 2010. s. 37. ISBN 978-80-7280-877-9

[17] *Zdravotnictví Moravskoslezského kraje 2010*. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, Praha, 2011. s. 37. ISBN 978-80-7280-932-5

[18] *Zdravotnictví Moravskoslezského kraje 2011*. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, Praha, 2012. s. 37. ISBN 978-80-7472-000-0

[19] Ústavní zákon č.347/1997Sb. ze dne 3. prosince 1997, o vytvoření vyšších územních samosprávných celků a o změně ústavního zákona České národní rady č. 1/1993 Sb., In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1997, částka 114, s. 7018. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=3105>

[20] Zákon č. 20/1966 Sb. ze dne 17. března 1966, o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1966, částka 7, s. 74-91. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=1397>

[21] Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 242/1991 Sb. ze dne 3. května 1991, o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1991, částka 47, s. 1105-1108. Dostupné také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=2459>

[22] Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 464/2008 Sb. ze dne 18. prosince 2008, o stanovení hodnot bodů, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2009, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2008, částka 150, s. 7930-7992. Dostupné také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=5389>

[23] Zákon č. 551/1991 Sb. ze dne 6. prosince 1991, o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1991, částka 104, s. 2728-2731. Dostupné také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=2516>

[24] Zákon č. 160/1992Sb. ze dne 19. března 1992, o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1992, částka 35, s. 915-923. Dostupné také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=2558>

[25] Zákon č. 280/1992 Sb. ze dne 5. května 1992, o resortních, oborových, podnikových a dalších pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1992, částka 58, s. 1583-1584. Dostupné také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=2581>

[26] Zákon č. 592/1992 Sb. ze dne 20. listopadu 1992, o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1992, částka 119, s.3558-3565. Dostupné také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=2642>

[27] Zákon č. 261/2007 Sb. ze dne 19. září 2007, o stabilizaci veřejných rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2007, částka 85, s. 3154-3259. Dostupné také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=5176>

[28] Zákon č. 48/1997 Sb. ze dne 7. března 1997, o veřejném zdravotním pojištění ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1997, částka 16, s. 1185-1264. Dostupné také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=3007>

[29] Zákon č. 258/2000Sb. ze dne 14. července 2008, o ochraně veřejného zdraví ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2000, částka 74, s. 3622-3662. Dostupné také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=3462>

[30] Usnesení předsednictva České národní rady o vyhlášení LISTINY ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD jako součásti ústavního pořádku České republiky č. 2/1993Sb. ze dne 16. prosince 1992, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1992, částka 1, s. 17-24. Dostupné také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=5989>

## SEZNAM ZKRATEK

<b>ČR</b>	Česká republika
<b>DHM</b>	Dlouhodobý hmotný majetek
<b>DNM</b>	Dlouhodobý nehmotný majetek
<b>DRG</b>	Diagnosis-related group – klasifikační systém
<b>EU</b>	Evropská unie
<b>LOK</b>	Lékařská odborová komora
<b>LSPP</b>	Lékařská služba první pomoci
<b>MS kraj</b>	Moravskoslezský kraj
<b>MZ</b>	Ministerstvo zdravotnictví

## SEZNAM TABULEK

**Tab. 3.1** Struktura nemocničních zařízení na území Moravskoslezského kraje

**Tab. 3.2** Porovnání vybraných ukazatelů využití nemocniční péče v Moravskoslezském kraji

**Tab. 4.1** Lůžkový fond Nemocnice Frýdek – Místek a jeho využití

**Tab. 4.2** Podíly hlavní a doplňkové činnosti na celkovém výsledku hospodaření nemocnice za období 2008-2011

**Tab. 4.3** Porovnání a vývoj nákladů a výnosů za období 2008-2011 v tis. Kč

**Tab. 4.4** Podíl osobních nákladů na celkových nákladech za období 2008-2011 v tis. Kč

**Tab. 4.5** Vývoj průměrných mezd zaměstnanců nemocnice v letech 2008-2011 v Kč

**Tab. 4.6** Rozdělení položek mzdových prostředků v letech 2008-2011 v tis. Kč

**Tab. 4.7** Rozdělení neinvestičních dotací dle poskytovatele v letech 2008-2011 v tis. Kč

**Tab. 4.8** Rozdělení investičních dotací dle poskytovatele v letech 2008-2011 v tis. Kč

**Tab. 4.9** Podíl příjmů od zdravotních pojišťoven na celkových výnosech v období let 2008- 2011 (v tis. Kč) a jejich meziroční vývoj (v %)

## SEZNAM GRAFŮ

**Graf 3.1** Podíl lůžkového fondu podle velikosti nemocnice v MS kraji (v %)

**Graf 3.2** Výskyt ZN v roce 2009 v okresech Moravskoslezského kraje a průměr v ČR na 100tis. obyvatel

**Graf 3.3** Srovnání délky pracovní neschopnosti za rok 2011 v jednotlivých krajích a ČR (ve dnech)

**Graf 3.4** Podíl provozních a investičních prostředků poskytnutých příspěvkovým organizacím nemocniční péče v Moravskoslezském kraji v %

**Graf 3.5** Výsledky hospodaření nemocnic zřizovaných Moravskoslezským krajem za rok 2011 po zdanění v tis. Kč

**Graf 4.1** Vývoj nákladů na 1 ošetrovací den lůžkového fondu Nemocnice Frýdek – Místek

**Graf 4.2** Rozložení výsledku nemocnice mezi hlavní a doplňkovou činnost v tis. Kč

**Graf 4.3** Podíl osobních nákladů na celkových nákladech v letech 2008-2011 v %

**Graf 4.4** Rozdělení neinvestičních dotací za rok 2008 v %

**Graf 4.5** Rozdělení neinvestičních dotací za rok 2009 v %

**Graf 4.6** Rozdělení neinvestičních dotací za rok 2010 v %

**Graf 4.7** Rozdělení neinvestičních dotací za rok 2011 v %

**Graf 4.8** Meziroční vývoj příjmů od zdravotních pojišťoven nemocnice v letech 2008-2011 (v %)

## PROHLÁŠENÍ O VYUŽITÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Prohlašuji, že

- beru na vědomí, že Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava (dále jen VŠB-TUO) má právo nevýdělečně, ke své vnitřní potřebě, diplomovou (bakalářskou) práci užít (§ 35 odst. 3);
- souhlasím s tím, že diplomová (bakalářská) práce bude v elektronické podobě archivována v Ústřední knihovně VŠB-TUO a jeden výtisk bude uložen u vedoucího diplomové (bakalářské) práce. Souhlasím s tím, že bibliografické údaje o diplomové (bakalářské) práci budou zveřejněny v informačním systému VŠB-TUO;
- bylo sjednáno, že s VŠB-TUO, v případě zájmu z její strany, uzavřu licenční smlouvu s oprávněním užít dílo v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- bylo sjednáno, že užít své dílo, diplomovou (bakalářskou) práci, nebo poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠB-TUO, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly VŠB-TUO na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše).

V Ostravě dne 20. 4. 2013

  
.....  
podpis



## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha č. 1** – Seznam vybrané legislativy

**Příloha č. 2** – Srovnání položek celkových nákladů v období let 2008-2011 v tis. Kč

**Příloha č. 3** – Srovnání položek celkových výnosů v období let 2008-2011 v tis. Kč

**Příloha č. 4** – Struktura neinvestičních dotací v období let 2008-2011 v Kč

**Příloha č. 5** – Struktura investičních dotací v období let 2008-2011 v Kč

## **Příloha č. 1**

### **Seznam vybrané legislativy**

- zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů
- zákon ČNR č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon ČNR č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon ČNR č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon ČNR č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 37/1989 Sb., o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon ČNR č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů
- zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 164/2001 Sb., o přírodních léčivých zdrojích, přírodních zdrojích minerálních vod, přírodních léčebných lázních a lázeňských místech (lázeňský zákon), ve znění pozdějších předpisů
- zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon), ve znění pozdějších předpisů
- zákon ČNR č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 79/1997 Sb., o léčivech a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů,

- zákon č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi,
- vyhláška ministerstva zdravotnictví ČR č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 221/1995 Sb., o znaleckých komisích, ve znění vyhláška č. 105/2002 Sb., ve znění pozdějších předpisů
- vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhláška ministerstva zdravotnictví ČSR č. 77/1981 Sb., o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovníků ve zdravotnictví, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhláška ministerstva zdravotnictví ČSR č. 19/1988 Sb., o postupu při úmrtí a o pohřebnictví, ve znění pozdějších předpisů,

## Příloha č. 2

### Srovnání položek celkových nákladů v období let 2008-2011 v tis. Kč

Druh nákladu	2008	2009	2010	2011	CELKEM
Prodané zboží (504)	39 557,98	61 116,57	43 461,00	44 213,12	<b>188 348,67</b>
Spotřeba materiálu	155 333,08	169 885,15	159 392,00	162 742,33	<b>647 352,56</b>
Spotřeba energií	29 292,19	31 131,84	30 870,00	27 990,86	<b>119 284,89</b>
Služby celkem	38 021,89	43 380,68	42 317,00	38 596,08	<b>162 315,65</b>
z toho: nájemné		3 198,38	3 149,00	2 404,03	<b>8 751,41</b>
opravy a údržba	10 845,17	11 524,91	13 851,00	10 939,32	<b>47 160,40</b>
cestovné	964,35	699,11	778,00	743,15	<b>3 184,61</b>
Mzdové náklady	284 321,61	314 599,49	329 012,00	347 098,24	<b>1 275 031,34</b>
Soc. a zdr.pojištění a soc.náklady	106 258,47	111 304,45	118 889,00	122 344,63	<b>458 796,55</b>
z toho : zákonné soc.pojištění	100 661,37	105 100,90	112 399,00	117 498,79	<b>435 660,06</b>
Daně a poplatky (523)	167,45	174,89	112,00	54,23	<b>508,57</b>
Odpisy DHM a DNM	2 579,00	12 501,48	33 463,00	9 825,66	<b>58 369,14</b>
Zúst. cena prodaného DHM, DNM	3 640,20	3 846,47	2 655,00	2 494,95	<b>12 636,62</b>
Tvorba zák. rezerv a opr. položek	0,00	0,00	0,00	0,00	<b>0,00</b>
Prodané cenné papíry a podíly	0,00	0,00	0,00	0,00	<b>0,00</b>
Ostatní náklady	3 482,52	3 639,87	5 190,00	3 750,96	<b>16 063,35</b>
z toho: pojištění majetku	0,00	1 319,71	2 157,00	0,00	<b>3 476,71</b>
manka a škody	15,98	9,17	79,00	88,29	<b>192,44</b>
<b>CELKEM NÁKLADY</b>	<b>662 654,39</b>	<b>751 580,89</b>	<b>765 361,00</b>	<b>759 111,06</b>	<b>2 938 707,34</b>

Zdroj: Zpráva činnosti 2008-2011 [14]. Vlastní zpracování

### Příloha č. 3

#### Srovnání položek celkových výnosů v období let 2008-2011 v tis. Kč

Druh výnosu	2008	2009	2010	2011	CELKEM
Tržby za prodané zboží	46 549,78	72 348,20	50 876,00	51 513,91	<b>221 287,89</b>
Tržby z prodeje vl. výrobků a služeb	577 143,24	632 520,61	667 775,00	680 039,24	<b>2 557 478,09</b>
z toho: tržby od pojišťoven	554 405,00	608 397,33	645 336,19	657 543,66	<b>2 488 420,42</b>
Aktivace a změna stavu zásob	3 715,20	3 884,72	2 655,00	2 494,95	<b>12 749,87</b>
Provozní dotace	8 444,00	14 411,80	11 233,00	16 529,93	<b>50 618,73</b>
z toho: příspěvek na provoz od zřizovatele	8 244,00	14 411,80	10 783,00	15 145,86	<b>48 584,66</b>
dotace z veřejných rozpočtů	200,00	0,00	450,00	1 384,07	<b>2 034,07</b>
Tržby z prodeje DM a materiálu	3 622,46	3 819,27	2 662,00	2 484,99	<b>12 588,72</b>
Ostatní výnosy	14 672,37	23 406,69	31 992,00	23 519,16	<b>93 590,22</b>
<b>CELKEM VÝNOSY</b>	<b>654 147,05</b>	<b>750 391,29</b>	<b>767 193,00</b>	<b>776 582,18</b>	<b>2 948 313,52</b>

Zdroj: Zpráva činnosti 2008-2011 [14]. Vlastní zpracování

## Příloha č. 4

### Struktura neinvestičních dotací v období let 2008- 2011 v Kč

Neinvestiční dotace za rok 2008	Vyčerpáno v Kč
<b>1. Státní dotace celkem</b>	-
<b>2. Dotace Moravskoslezského kraje - zřizovatel celkem</b>	<b>8 244 000</b>
Príspevek na krytí odpisů DHM a DNM	2 579 000
Príspevek na provoz protialkoholní záchytné stanice	5 665 000
<b>3. Dotace Statutárního města Frýdek-Místek celkem</b>	<b>200 000</b>
Dotace akce "III.Beskydské ortopedické dny"	200 000
<b>CELKEM za rok 2008</b>	<b>8 444 000</b>
Neinvestiční dotace za rok 2009	Vyčerpáno v Kč
<b>1.Státní dotace celkem</b>	<b>57 587</b>
Dotace na úhradu nákladů spojených se spec.vzděláním	57 587
<b>2.Dotace Moravskoslezského kraje - zřizovatel celkem</b>	<b>14 284 210</b>
Príspevek na krytí odpisů DHM a DNM	2 682 000
Príspevek na provoz protialkoholní záchytné stanice	5 948 000
Príspevek na výběr regulačních poplatků	350 000
Príspevek na bourání prádelny, pokladny a podatelny	3 766 169
Príspevek na odstranění havárií kanalizačního řádu	1 538 041
<b>3.Dotace Statutárního města Frýdek-Místek celkem</b>	<b>70 000</b>
Dotace akce "III.Beskydské ortopedické dny"	70 000
<b>CELKEM za rok 2009</b>	<b>14 411 797</b>
Neinvestiční dotace za rok 2010	Vyčerpáno v Kč
<b>1.Státní dotace celkem</b>	<b>525 856</b>
Dotace na úhradu nákladů spojených se spec.vzděláním	525 856
<b>2.Dotace Moravskoslezského kraje - zřizovatel celkem</b>	<b>10 257 300</b>
Príspevek na krytí odpisů DHM a DNM	2 950 000
Príspevek na provoz protialkoholní záchytné stanice	6 542 000
Príspevek na zvýšení provozního příspěvku	135 000
Príspevek na stipendia pro studenty lékařských fakult	285 000
Príspevek na onkologický program	125 300
Príspevek na aplikace jednotného řízení nemocnice	220 000
<b>3.Dotace Statutárního města Frýdek-Místek celkem</b>	<b>450 000</b>
Dotace akce "IV.Beskydské ortopedické dny"	150 000
Dotace na nákup antidekubitních matrací	300 000
<b>CELKEM za rok 2010</b>	<b>11 233 156</b>
Neinvestiční dotace za rok 2011	Vyčerpáno v Kč
<b>1.Státní dotace celkem</b>	<b>2 224 276</b>
Dotace na úhradu nákladů spojených se spec.vzděláním	2 224 276
<b>2.Dotace Moravskoslezského kraje - zřizovatel celkem</b>	<b>12 921 586</b>
Príspevek na krytí odpisů DHM a DNM	2 891 000
Príspevek na provoz systému PACS	6 411 000
Príspevek na aplikaci jednotného řízení nemocnice	100 000
Príspevek na onkologický program	60 000
Príspevek na mimotarifní složky mezd lékařů	2 913 027
Členský příspěvek v rámci Asociace krajských nemocnic	10 000

Příspěvek na akci "Den zdravotníků"	50 000
Dotace na nákup antidekubitních matrací	239 400
Dotace na rekonstrukce a opravy střech	247 159
<b>3.Dotace Statutárního města Frýdek-Místek celkem</b>	<b>104 545</b>
Dotace na nákup antidekubitních matrací	104 545
<b>CELKEM za rok 2011</b>	<b>15 250 407</b>

Zdroj: Zpráva činnosti 2008-2011 [14]. Vlastní zpracování

## Příloha č. 5

### Struktura investičních dotací v období let 2008- 2011 v Kč

<b>Investiční dotace za rok 2008</b>	<b>Vyčerpano v Kč</b>
<b>1. Státní dotace celkem</b>	-
<b>2. Dotace Moravskoslezského kraje - zřizovatel celkem</b>	<b>8 112 551</b>
Dotace na pořízení systému PACS	1 830 110
Dotace na pořízení C-ramene pojízdného radiodiagnostického přístroje	1 840 000
Dotace na řešení zajištění lékařské péče vyvolané havarijním stavem v pavilonu chirurgických oborů	4 442 441
<b>3. Dotace Statutárního města Frýdek-Místek celkem</b>	-
<b>CELKEM za rok 2008</b>	<b>8 112 551</b>
<b>Investiční dotace za rok 2009</b>	<b>Vyčerpano v Kč</b>
<b>1. Státní dotace celkem</b>	-
<b>2. Dotace Moravskoslezského kraje - zřizovatel celkem</b>	<b>10 111 694</b>
Dotace na akci „Pavilon chirurgických oborů“	9 911 795
Dotace na nákup stomatologické soupravy pro LSPP	199 899
<b>3. Dotace Statutárního města Frýdek-Místek celkem</b>	-
<b>CELKEM za rok 2009</b>	<b>10 111 694</b>
<b>Investiční dotace za rok 2010</b>	<b>Vyčerpano v Kč</b>
<b>1. Státní dotace celkem</b>	<b>11 523 331</b>
Dotace na akci „ISPROFIN – Energocentrum“	11 523 331
<b>2. Dotace Moravskoslezského kraje - zřizovatel celkem</b>	<b>25 637 927</b>
Dotace na rekonstrukci výtahů v areálu nemocnice	11 458 640
Dotace na rekonstrukci vnitřních páteřových rozvodů TUV	3 469 639
Dotace na akci „Pavilon chirurgických oborů“	10 709 648
<b>3. Dotace Statutárního města Frýdek-Místek celkem</b>	-
<b>CELKEM za rok 2010</b>	<b>37 161 258</b>
<b>Investiční dotace za rok 2011</b>	<b>Vyčerpano v Kč</b>
<b>1. Státní dotace celkem</b>	-
<b>2. Dotace Moravskoslezského kraje - zřizovatel celkem</b>	<b>11 240 772</b>
Dotace na rekonstrukce a opravy střech	3 773 233
Dotace na rekonstrukci vnitřních páteřových rozvodů	3 581 999
Dotace na nákup přístrojové techniky pro Oční centrum	2 365 000
Dotace na pořízení dialyzační přístroje	999 900
Dotace na dovybavení laparověže - urologie	520 639
<b>3. Dotace Statutárního města Frýdek-Místek celkem</b>	<b>1 279 520</b>
Dotace na nákup EMG přístroje	1 279 520
<b>CELKEM za rok 2011</b>	<b>12 520 292</b>

Zdroj: Zpráva činnosti 2008-2011 [14]. Vlastní zpracování